Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena

1 Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena

Denise Cavalcante Barros
Denise Oliveira e Silva
Silvia Ângela Gugelmin
Organizadoras

Tiragem da edição: 1.400 exemplares

ISBN 978-85-7541-142-1

EDITORA ASSISTENTE DA CO-EDIÇÃO
Mercedes de Figueiredo Fernandes

SUPERVISÃO EDITORIAL
Jonathas Scott
Maria Leonor de M. S. Leal

REVISÃO METODOLÓGICA
Henriette Santos
Suely Guimarães Rocha

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO
Alda Maria Lessa Bastos
Christiane Abbade
Maria Auxiliadora Nogueira
Rosemary Zuanetti

CRIAÇÃO E PROJETO GRÁFICO
Jonathas Scott

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA
Quattri Desenhos

ILUSTRAÇÃO E TRATAMENTO DE IMAGEM
Quattri Desenhos

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F981v Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância.
Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena, 1./ Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; Organizado por Denise Cavalcante Barros, Denise Oliveira e Silva e Silvia Ângela Gugelmin. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2007.
260 p.

1.Vigilância Nutricional. 2.Estado Nutricional. 3.Saúde Indígena. 4.Educação a Distância. I.Barros, Denise Cavalcante (org.). II.Silva, Denise Oliveira e (org.). III.Gugelmin, Silvia Ângela (org.). IV.Título.

CDD - 22.ed. – 371.35

2007
Editora Fiocruz

Avenida Brasil, nº 4036 – Sala 112
Manguinhos – CEP 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882-9039 ou 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006

www.fiocruz.br/editora

Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480
Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo
Manguinhos – CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 2598-2996

www.ead.fiocruz.br

Sinto que sou índio
[...] porque não tenho cara de branco,
meu corpo é diferente,
meu jeito de caminhar é diferente.
[...] Somos iguais e diferentes.
Diferentes na língua, jeito e costume.
Igual no corpo, na inteligência, no respeito.
Somos todos iguais: índios, negros e brancos.

Professores Indígenas do Acre

Autores

Andrey Moreira Cardoso
Médico; doutorando da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; membro da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do pólo-base Angra dos Reis-RJ/DSEI Litoral Sul, no período de 1999 a 2003; médico de Saúde Pública da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Carlos E. A. Coimbra Jr.
Biólogo e Ph.D em Antropologia, com concentração em antropologia médica, pela Indiana University (EUA); pesquisador titular na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq na área da saúde coletiva (nível 1B) e editor-chefe do periódico *Cadernos de Saúde Pública.*

Denise Cavalcante Barros (organizadora)
Nutricionista; doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; tecnologista em saúde pública da Fiocruz; coordenadora do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Sudeste e coordenadora do curso de Vigilância Alimentar e Nutricional – modalidade a distância.

Denise Oliveira e Silva (organizadora)
Nutricionista, com doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Pesquisadora adjunta da Fiocruz e coordenadora de cursos de pós-graduação no campo da segurança alimentar e nutricional na Fiocruz de Brasília e na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com destaque para a coordenação do curso de Vigilância Alimentar e Nutricional – modalidade a distância.

Dulce Lopes Barboza Ribas
Nutricionista, com doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; professora adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Elyne Montenegro Engstrom
Médica, com doutorado em Saúde Pública pela Fiocruz; tecnologista e coordenadora de pesquisa do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, e sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Luciene Burlandy Campos de Alcântara
Nutricionista, com doutorado em Saúde Pública pela Fiocruz; professora adjunta da Universidade Federal Fluminense.

Maurício Soares Leite
Nutricionista, com doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ricardo Ventura Santos
Biólogo e Ph.D. em Antropologia, com concentração em antropologia biológica, pela Indiana University (EUA). Professor adjunto do Departamento de Antropologia do Museu Nacional (UFRJ) e pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq na área de antropologia (nível 1B).

Silvia Ângela Gugelmin (organizadora)
Nutricionista, com doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz. Professora adjunta do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Sumário

Composição sobre foto de Paulo Sérgio Delgado

Prefácio

Bons ventos trazem ao debate o tema "alimentação e nutrição de populações indígenas"

Com uma instigante abordagem sobre alimentação e nutrição indígenas, o presente volume inaugura uma das etapas de implantação e consolidação da Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. Produto de parceria entre pesquisadores de diversas instituições e o Ministério da Saúde, através da Funasa, a iniciativa demarca uma bem-sucedida busca de efetivar abordagens intersetoriais no campo da saúde das populações indígenas.

Fiéis a essa premissa, os autores iniciam o estudo por uma rica contextualização das condições de vida e de saúde dos povos indígenas, e explicitam as políticas públicas que demarcam a atuação institucional dedicada a essa temática. Somente então passam ao objeto do livro: a investigação das condições de nutrição e alimentação das populações indígenas que vivem no território brasileiro. Trata-se de um recorte criativo que se afasta das abordagens convencionais, corriqueiramente restritas à mensuração de facetas biológicas de fenômenos complexos, como as práticas alimentares humanas.

Os primeiros capítulos descrevem as muitas características das sociedades indígenas que vivem no Brasil e buscam demonstrar, para o leitor, a diversidade que as constitui e a notável capacidade de interagir com os mais diferentes ecossistemas, deles extraindo os meios de sua reprodução material e simbólica. Discorrendo sobre terras, línguas, cosmologias, organização social, história do contato e das epidemias, os autores não apenas demonstram como essas dimensões configuram o perfil mórbido, mas também desvelam a inadequação da oferta de cestas básicas, característica bastante comum a boa parte das iniciativas públicas no

campo das políticas alimentares dirigidas aos povos indígenas. É algo que também nos leva a refletir sobre a permanente tensão entre a rigidez das políticas públicas ditas universalizantes e a infinita variedade das situações encontradas localmente.

É digna de nota a caracterização que os autores fazem dos povos indígenas, trazendo de volta, com um certo olhar nostálgico, a idéia de uma vida tradicional marcada pela caça, pesca e coleta em selvas. Mas salvo em locais remotos na Amazônia, já não mais encontramos o cenário retratado na obra. Situações corriqueiras marcadas pelo assalariamento, pela devastação ambiental e pela massiva introdução de alimentos industrializados com alto teor calórico e baixa capacidade nutricional mostram a realidade das condições de vida dos grupos indígenas atualmente no país. Entretanto, os tipos ideais, no sentido weberiano, descritos no livro são essenciais para o entendimento de como hábitos e valores alimentares preexistentes orientam a seleção de novas estratégias alimentares, trazidas pelo progressivo afluxo de alimentos industrializados que coexiste com a crescente restrição de áreas disponíveis para plantio, caça e coleta de alimentos nas terras indígenas.

Também é digna de nota a análise sobre as matrizes que configuram a política de saúde alimentar e nutricional dos grupos étnicos que vivem no Brasil. Nesse esforço, os autores discorrem sobre as muitas nuances que povoam essa matriz, explorando determinantes comuns à saúde nutricional da população brasileira como um todo, e dos grupos indígenas em particular, e evidenciando os desafios à implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional.

Ao longo do livro torna-se perceptível que princípios fundamentais do SUS, como a universalidade, a eqüidade, a integralidade e a intersetorialidade, não apenas estão mal delineados na política de atenção à saúde dos povos indígenas, como também – e ainda – se configuram como abstrações distantes das práticas cotidianas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). As aceleradas transformações enfrentadas pelos povos indígenas representam um formidável desafio à concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que também orientam a política de saúde indígena. Esse é um cenário que certamente esta obra contribuirá para mudar.

Os autores empreendem uma aguda análise das políticas de saúde indígenas e de suas raízes no indigenismo estatal e no SUS, evidenciando

lacunas e interfaces entre o plano abstrato das normas técnicas, voltadas para guiar a prestação de serviços nos distritos sanitários e as ações sanitárias cotidianamente desenvolvidas nos DSEI. Tal iniciativa culmina na discussão das práticas alimentares em sociedades indígenas contemporâneas, enfatizando sua inerente racionalidade, iluminando o contexto onde são produzidas e enriquecendo a discussão sobre o perfil nutricional da população indígena que vive no Brasil. As práticas alimentares são referidas à interação com as cosmologias e a organização social dos grupos estudados. Tal procedimento exige sensibilidade, conhecimento das culturas nativas e habilidade em realizar descrições sintéticas capazes de prover algumas generalizações para o leitor não especialista, mas sem padronizar indevidamente o que é multifacetado.

Mais uma vez fica nítido o empenho dos autores ao trazerem, para este livro, uma amostra das profundas transformações econômicas e ecológicas viabilizadas pela crescente proximidade com segmentos não indígenas, que ocupam intensiva e permanentemente o território nacional.

Para além de seus méritos acadêmicos, devemos relembrar a finalidade primeira da obra: subsidiar o processo de capacitação das equipes multidisciplinares de saúde indígena e a implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional dirigido a esses povos. Aí está a justificativa para a disposição peculiar dos capítulos e suas respectivas seções, entremeados de painéis contendo exercícios e conceitos importantes ao estudo da saúde coletiva, os quais não apenas fundamentam a discussão em pauta, mas também oferecem ao leitor um conjunto de informações essenciais à formação e ao trabalho dos sanitaristas.

Saudemos então a bem-sucedida articulação entre teoria e prática, e entre investigação e formação trazida à luz nesta obra, que certamente marcará a capacitação dos profissionais da saúde indígena e produzirá outras iniciativas que promovam a integração entre ensino e serviço, objeto de preocupação das instituições de saúde coletiva em nosso país, nos últimos tempos.

Luiza Garnelo

Médica-sanitarista e antropóloga, doutora em ciências sociais
pela Universidade Estadual de Campinas, professora
de saúde coletiva da Universidade Federal do Amazonas
e pesquisadora do Centro de Pesquisas Leônidas
& Maria Deane, Fiocruz, Amazônia.

Apresentação

O livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena* faz parte de uma estratégia mais ampla do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz/Educação a Distância para a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A importância e a riqueza da diversidade étnica brasileira e os desafios inerentes a ela são aspectos fundamentais a serem incorporados na prática cotidiana dos profissionais que atuam no âmbito da saúde indígena. A implantação de um sistema de monitoração nutricional para os povos indígenas como estratégia e prática de saúde permanente, conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, possibilita, a nosso ver, outro olhar para a dimensão nutricional e, conseqüentemente, para a saúde indígena. Esta é a nossa intenção aqui, estimular a reflexão e o debate sobre a vigilância alimentar e nutricional no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena.

A Parte I deste livro, *Povos indígenas e o processo saúde–doença*, é composta de três capítulos, que têm por objetivo oferecer uma introdução à temática indígena no Brasil, com base em aspectos históricos, socioantropológicos e jurídicos e nas políticas públicas em saúde dirigidas aos povos indígenas. Os capítulos são:

Povos indígenas no Brasil enfatiza aspectos socioculturais, demográficos e ecológicos dos povos indígenas no Brasil e suas transformações ao longo do processo de colonização. Traz reflexões consideradas essenciais para aqueles que atuam ou pretendem atuar com povos indígenas.

Processo saúde–doença trata de questões históricas e socioculturais relacionadas ao processo saúde–doença. Parte do princípio de que, para compreender esse processo, é necessário lançar mão de múltiplas perspectivas oriundas da história, da antropologia e da saúde pública, bem como olhar para o passado a fim de entender as dinâmicas contemporâneas. Configura-se como fundamental atentar para a cultura desses povos, sua riqueza e seus conhecimentos, assim como para as formas de interação com os demais segmentos da sociedade nacional, se o intuito for entender como os povos indígenas respondem às doenças em seu cotidiano.

Políticas públicas em saúde para os povos indígenas traça um panorama da construção das políticas de saúde voltadas para os indígenas no Brasil nas últimas décadas do século XX. São também discutidos a estrutura e o funcionamento do atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, incluindo os desafios para a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A Parte II, *Contexto epidemiológico e sociopolítico e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil*, introduz conhecimentos teóricos fundamentais para a compreensão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no setor saúde e do papel do profissional da saúde no processo de implantação e/ou implementação do Sisvan Indígena. Os capítulos são:

Situações e determinantes de saúde e nutrição da população brasileira explora os fatores relacionados à determinação causal do estado nutricional da população e as mudanças que estão ocorrendo no quadro epidemiológico brasileiro, buscando refletir sobre os dados e as informações da situação alimentar e nutricional.

Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil discute as principais ações do governo federal e da sociedade civil na área de alimentação e nutrição e como elas estão relacionadas com a vigilância alimentar e nutricional e a promoção da saúde. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) formulada pelo Ministério da Saúde, as diretrizes e as ações realizadas desde a sua implementação são analisadas de forma crítica e reflexiva. E, ainda, são apresentadas a definição e a problematização de alguns conceitos subjacentes às políticas públicas, como a Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano a Alimentação.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional constrói a história do Sisvan, traçando sua trajetória nacional e internacional e discutindo como esse sistema está sendo utilizado no Brasil. Faz também algumas considerações sobre a "atitude de vigilância", tema hoje de grande importância para todos aqueles que pretendem construir um Sisvan de fato.

A Parte III, *Alimentação e nutrição indígena*, é composta de três capítulos e traz a reflexão e o debate sobre as práticas alimentares e o perfil nutricional dos povos indígenas brasileiros, e as políticas de alimentação e nutrição implantadas para esse grupo específico. Desse ponto de partida, pretende-se que o profissional de saúde compreenda a dinâmica das mudanças em diversos aspectos da vida social e econômica desses povos, a riqueza e heterogeneidade existentes nas sociedades indígenas do país e incorpore essas dimensões na execução e no planejamento de suas atividades cotidianas. Os capítulos dessa parte são:

Sociodiversidade, alimentação e nutrição indígena contempla aspectos sobre alimentação, produção e obtenção de alimentos, sazonalidade e transformações nas práticas alimentares, a fim de esclarecer as dinâmicas contemporâneas, as limitações das generalizações e a ampla diversidade que caracteriza as sociedades indígenas do país.

Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil enfoca a situação nutricional e alimentar dos povos indígenas no Brasil, a inexistência de dados de inquéritos nacionais, os processos de mudanças socioeconômicas e ambientais e as principais implicações dessas mudanças no estado nutricional e na subsistência indígena.

Políticas públicas e intervenções nutricionais reflete criticamente sobre as intervenções e ações no campo da alimentação e nutrição já realizadas ou em processo de realização. As trajetórias, os acertos e os erros que ainda persistem e os desafios para a implementação de ações eficazes também são discutidos.

Ao longo do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, além dos textos, são propostas reflexões sobre temas variados para estimular o leitor a repensar conceitos e/ou sua prática cotidiana no serviço de saúde dirigido aos povos indígenas.

Por último, ressaltamos que este material representa um marco para o campo da alimentação e da nutrição indígena em nosso país. O crédito

da Coordenação Técnica de Nutrição do Departamento de Saúde Indígena da Funasa/MS, representada por Aline Diniz Rodrigues Caldas, bem como as valiosas contribuições, apoio e seriedade no acompanhamento da construção dos conteúdos pelos autores foram pontos importantes para a publicação deste volume inédito.

Os autores aqui reunidos possuem em sua formação profissional toda uma trajetória de contribuição efetiva para a saúde e nutrição indígena. As suas experiências individuais acadêmicas e profissionais confrontaram-se, mesclaram-se e geraram este produto, que com muito orgulho disponibilizamos para todos aqueles que compartilham o ideal de eqüidade e justiça social na saúde.

As Organizadoras

I | Povos indígenas e o processo saúde–doença

Fonte: Vídeo *Muita terra para pouco índio?* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2002).

1. Povos indígenas no Brasil

Ricardo Ventura Santos
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Andrey Moreira Cardoso

Este capítulo tem por objetivo oferecer aos leitores uma aproximação à temática dos povos indígenas no Brasil. Nele são discutidas questões ligadas a aspectos socioculturais, demográficos e ecológicos. O capítulo aborda temas relativos à conceituação de "índio", "indígena" e "povo indígena", às origens dessas sociedades, às transformações demográficas pelas quais passaram em virtude do processo de colonização e da diversidade sociocultural.

Quem são os povos ou comunidades indígenas?

A Organização das Nações Unidas (ONU) apresenta a seguinte definição de "indígena":

> Comunidades, povos ou nações indígenas são aqueles que, apresentando uma continuidade com sociedades pré-coloniais que se desenvolveram em seus territórios no passado, consideram-se diferentes de outros segmentos que, na atualidade, predominam nesses territórios, ou em parte deles.
>
> Constituem segmentos não dominantes da sociedade e manifestam o compromisso de preservar e desenvolver suas culturas e transmitir para gerações futuras seus territórios ancestrais, suas identidades étnicas, tendo por base sua existência contínua como povos, de acordo com seus padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos.
>
> Essa continuidade histórica pode se manifestar, por um período que se estende até o presente, de um ou mais dos seguintes fatores:

a) Ocupação de terras ancestrais, ou de partes delas;

b) Ancestralidade que remonta aos habitantes originais das terras que ocupam;

c) Cultura em geral, ou através de suas manifestações particulares (como religião, modo de vida tribal, pertencimento a uma comunidade indígena, formas de se vestir, modos de vida etc.);

d) Língua (seja a língua-mãe a forma habitual de comunicação em casa ou na família ou na comunidade como um todo);

e) Residência em certas partes de um país, ou em certas regiões do mundo.

Do ponto de vista individual, uma pessoa indígena é aquela que pertence a uma dada comunidade indígena através da autoidentificação (consciência de grupo), ao mesmo tempo que é reconhecida e aceita por essa comunidade como um de seus membros (pertencimento comunitário) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p. 2).

Quando se fala ou se escreve sobre os indígenas, são comumente utilizados termos como "povo", "sociedade", "comunidade", "população" ou "grupo", entre outros. Atualmente, por parte dos antropólogos e dos próprios indígenas, há a preferência pelos termos "povo" e "sociedade", pois eles trazem embutidos em si, de maneira mais expressiva, noções de cultura e sociedade.

Quem é considerado "índio" no Brasil?

No caso brasileiro, a definição de "indígena" é próxima daquela indicada pela ONU, com a particularidade de vir associada a um padrão particular de ancestralidade, quais sejam aos povos autóctones (ou nativos) do continente americano.

Segundo a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, conhecida como Estatuto do Índio (Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973), [índio] "é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional" (BRASIL, 1973).

Nessa mesma lei, em seu artigo terceiro é indicado que:

> comunidade indígena ou grupo tribal é um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados (BRASIL, 1973).

Atualmente, apesar de continuar em vigor, o Estatuto do Índio é considerado superado em vários pontos, dentre os quais a ênfase na integração dos indígenas à sociedade nacional. Ou seja, seus conteúdos vislumbram que, com o passar do tempo, as sociedades indígenas deixariam de existir como dimensões diferenciadas, "integrando-se" à sociedade nacional.

Vale frisar que há vários anos se encontra tramitando no Congresso Nacional o novo Estatuto dos Povos Indígenas, que se espera virá substituir o Estatuto do Índio e atualizar a lei ordinária à luz dos novos valores que vigoram na sociedade brasileira (LIMA; BARROSO-HOFFMAN, 2002a,b). O Quadro 1 apresenta aspectos comparativos entre os estatutos.

Quadro 1 – Comparativo entre dispositivos legais que regem a Política Indigenista no Brasil

Estatuto do Índio Lei n. 6.001/1973	Estatuto dos Povos Indígenas Projeto de Lei n. 2.057/1991
Promulgado no período da ditadura militar, no início dos anos 1970. Povos indígenas vistos como obstáculo ao desenvolvimento do país.	Elaborado no período pós-Constituição de 1988. Orientado pela busca de relações mais justas com as sociedades indígenas, entendidas como sujeitos políticos com direito à autodeterminação.
Conceitos importantes: tutela; perda cultural; assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional brasileira; relativa incapacidade jurídico-política dos indígenas.	**Conceitos importantes:** autodeterminação jurídica e política das sociedades indígenas; direitos ancestrais à terra e à diferença cultural; auto-identificação e gestão comunitária de patrimônio cultural e ambiental.
Direito à saúde: sob a responsabilidade do órgão tutor (Funai), por meio do modelo de Equipe Volante de Saúde (EVS); sem articulação com o sistema nacional de saúde vigente à época; não prevê formas de controle social das ações de saúde.	**Direito à saúde:** sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas; prevê participação comunitária por meio de conselhos de saúde.

Fonte: Santos et al. (2007).

Auto-identificação ou **autodeclaração** é o pertencimento étnico ou racial informado pelo próprio indivíduo. Por exemplo, no caso dos levantamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo os censos demográficos realizados a cada dez anos, os entrevistadores indagam "qual é a sua cor/raça", oferecendo aos entrevistados as opções branca, preto, parda, amarela ou indígena.

Feita essa ressalva, um ponto importante é que, no caso do Estatuto do Índio, o critério para ser considerado indígena é aquele da auto-identificação ou autodeclaração, simultaneamente ao reconhecimento da condição de "indígena" por parte de uma dada coletividade social, tal como aparece na definição internacional.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, inova em relação às anteriores, pois apresenta um capítulo específico sobre os povos indígenas (o Capítulo VIII). Nela se vê um avanço importante em relação ao "Estatuto do Índio", uma vez que não enfatiza a "integração", mas sim o reconhecimento de que o Estado precisa assegurar as condições para que os povos indígenas possam viver à luz de seus próprios princípios culturais e sociais, sem a perspectiva, inexorável, de que virão a se integrar à sociedade nacional.

Veremos adiante, no Capítulo 3, "Políticas públicas em saúde para os povos indígenas", que a ênfase no respeito às especificidades culturais é um dos focos das políticas públicas para os povos indígenas, inclusive na área da saúde.

Segundo a Constituição Federal, Capítulo VIII, Dos Índios, Artigo 231:

> São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 1988b).

Pela primeira vez no Brasil se reconhece aos índios o direito à diferença, isto é, de serem índios e de permanecerem como tal indefinidamente.

As origens dos povos indígenas

Caçadores-coletores são povos cuja economia se apóia na obtenção de alimentos e outros produtos valendo-se de atividades de caça, coleta de produtos naturais e/ou pesca. Os povos caçadores-coletores especializados em grandes animais geralmente apresentam grande mobilidade, acompanhando as manadas em suas migrações. Durante a maior parte da história evolutiva da espécie humana, as populações humanas basearam-se em uma economia de caça e coleta, dado que a origem da agricultura remonta a aproximadamente 10, 12 mil anos atrás. É um período recente, se considerarmos que a espécie humana deve ter surgido há aproximadamente 100, 150 mil anos.

A explicação mais aceita atualmente quanto às origens dos povos indígenas é a de que descendem de populações de caçadores-coletores que, oriundas da Ásia, adentraram o continente americano através do Estreito de Bering, no extremo norte da América do Norte, há milhares de anos. Quando ocorreram essas migrações e quantas foram são temas que vêm sendo discutidos por arqueólogos, etnólogos, geneticistas e bioantropólogos desde várias décadas. A hipótese mais aceita é de que a entrada dos ancestrais dos povos indígenas nas Américas ocorreu entre 15 e 25 mil anos atrás. Enquanto alguns cientistas defendem que aconteceu apenas uma migração, outros sustentam a ocorrência de várias levas migratórias.

Para refletir
Se você é um profissional de saúde que trabalha com povos indígenas, o que eles contam a respeito de suas origens? Faça uma breve entrevista com um dos membros da comunidade sobre esse assunto.

Ao longo de milhares de anos, os descendentes das populações que chegaram ao continente americano geraram sociedades altamente diferenciadas, seja nas formas de manejo dos recursos naturais, seja nos modos de organização social. Essa diversificação inclui desde populações cujas economias se baseavam na caça e na coleta até a formação de sociedades organizadas na forma de Estados hierarquizados, como ocorreu nos Andes e na América Central.

Estreito de Bering é um estreito de terra entre o ponto extremo oriental do continente asiático e o extremo ocidental do continente americano, com cerca de 85 km de largura. Durante as últimas glaciações, entre 14 e 20 mil anos atrás, em virtude da recessão da água dos oceanos, a área do Estreito de Bering transformou-se em uma ponte natural entre a Ásia e as Américas, por onde poderiam ter chegado à América os povos que primeiro a colonizaram.

Pesquisas arqueológicas mostram que havia no que é atualmente o território brasileiro (no vale do rio Amazonas, por exemplo) povos indígenas cujas populações atingiam a cifra dos milhares (FAUSTO, 2001; NEVES, 2006). Essas sociedades apresentavam uma complexidade organizacional e política significativa. Tenderam a desaparecer logo nos primeiros anos do processo de colonização, pois estavam localizadas nas primeiras regiões desbravadas pelos europeus, como também foi o caso do litoral.

Como vem demonstrando a antropologia desde várias décadas, é importante frisar que não se deve confundir tamanho e densidade populacional com menor ou maior sofisticação sociocultural. As sociedades humanas são todas altamente complexas do ponto de vista social e cultural, cosmológico e moral, dentre vários outros aspectos, independentemente do desenvolvimento tecnológico que venham a apresentar. O texto “Identidade e diversidade” aborda questões básicas sobre as populações indígenas em nosso país.

IDENTIDADE E DIVERSIDADE

As populações indígenas são vistas pela sociedade brasileira ora de forma preconceituosa, ora de forma idealizada. [...]

Dominadas política, ideológica e economicamente por elites municipais com fortes interesses nas terras dos índios e em seus recursos ambientais, tais como madeira e minérios, muitas vezes as populações rurais necessitam disputar as escassas oportunidades de sobrevivência em sua região com membros de sociedades indígenas que aí vivem. Por isso utilizam estereótipos, chamando-os de “ladrões”, “traiçoeiros”, “preguiçosos” e “beberrões”, enfim, de tudo que possa desqualificá-los. Procuram justificar, dessa forma, todo tipo de ação contra os índios e a invasão de seus territórios.

Já a população urbana, que vive distanciada das áreas indígenas, tende a ter deles uma imagem favorável, embora os veja como algo muito remoto. Os índios são considerados com base em um conjunto de imagens e crenças amplamente disseminadas pelo senso comum: eles são os donos da terra e seus primeiros habitantes, aqueles que sabem conviver com a natureza sem depredá-la.

São também vistos como parte do passado e, portanto, como estando em processo de desaparecimento, muito embora, como provam os dados, nas três últimas décadas tenha se constatado o crescimento da população indígena.

Só recentemente os diferentes segmentos da sociedade brasileira estão se conscientizando de que os índios são seus contemporâneos. Eles vivem no mesmo país, participam da elaboração de leis, elegem candidatos e compartilham problemas semelhantes, como as conseqüências da poluição ambiental e das diretrizes e ações do governo nas áreas da política, economia, saúde, educação e administração pública em geral. Hoje há um movimento de busca de informações atualizadas e confiáveis sobre os índios, um interesse em saber, afinal, quem são eles.

Qualquer grupo social humano elabora e constitui um universo completo de conhecimentos integrados, com fortes ligações com o meio em que vive e se desenvolve. Entendendo cultura como o conjunto de respostas que uma determinada sociedade humana dá às experiências por ela vividas e aos desafios que encontra ao longo do tempo, percebe-se o quanto as diferentes culturas são dinâmicas e estão em contínuo processo de transformação.

[É] importante frisar que as variadas culturas das sociedades indígenas modificam-se constantemente e reelaboram-se com o passar do tempo, como a cultura de qualquer outra sociedade humana. E é preciso considerar que isso aconteceria mesmo que não houvesse ocorrido o contato com as sociedades de origem européia e africana.

No que diz respeito à identidade étnica, as mudanças ocorridas em várias sociedades indígenas, como o fato de falarem português, vestirem roupas iguais às dos outros membros da sociedade nacional com que estão em contato, utilizarem modernas tecnologias (como câmeras de vídeo, máquinas fotográficas e aparelhos de fax), não fazem com que percam sua identidade étnica e deixem de ser indígenas.

A diversidade cultural pode ser enfocada tanto do ponto de vista das diferenças existentes entre as sociedades indígenas e não-indígenas, quanto do ponto de vista das diferenças entre as muitas sociedades indígenas que vivem no Brasil. Mas está sempre relacionada ao contato entre realidades socioculturais diferentes e à necessidade de convívio entre elas, especialmente num país pluriétnico, como é o caso do Brasil.

É necessário reconhecer e valorizar a identidade étnica específica de cada uma das sociedades indígenas em particular, compreender suas línguas e suas formas tradicionais de organização social, de ocupação da terra e de uso dos recursos naturais. Isso significa o respeito pelos direitos coletivos especiais de cada uma delas e a busca do convívio pacífico, por meio de um intercâmbio cultural, com as diferentes etnias.

Extraído de http://www.funai.gov.br

Para refletir
Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, procure perguntar às pessoas da localidade onde você trabalha, de preferência às que residem na região há bastante tempo, se a população indígena está aumentando ou não. Se possível, recupere também informações junto às agências governamentais, como a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Fundação Nacional do Índio (Funai).

Quantos índios havia e há no Brasil?

Uma questão que vem sendo debatida desde longa data diz respeito às estimativas do contingente populacional indígena presente nas Américas por ocasião da chegada dos europeus nos séculos XV e XVI. As cifras variam enormemente, indo desde 8 milhões a mais de 100 milhões de pessoas (CUNHA, 1992, p. 14). Esses números tão díspares resultam de avaliações diferentes quanto à redução populacional que aconteceu após a chegada dos europeus. Isso porque essas estimativas se baseiam em projeções a partir da densidade populacional dos povos indígenas no presente ou em um passado recente, quando ocorreram as primeiras interações com os colonizadores.

As estimativas quanto ao tamanho da população indígena que habitava o que é atualmente o território brasileiro em 1500 são também bastante variáveis. Conforme sumarizam Kennedy & Perz (2000), vão de 800 mil a 5 milhões de pessoas.

Seja na América como um todo, ou no Brasil, doenças, guerras, perseguições e rupturas econômicas e sociais são apontadas como os principais fatores responsáveis pela redução populacional. Muito possivelmente as epidemias de doenças infecciosas ceifaram mais vidas do que qualquer outro fator. Como afirmou Darcy Ribeiro (1977, p. 272), bacilos e vírus também foram importantes “armas de conquista”, tendo contribuído sobremaneira para o processo de subjugação das sociedades indígenas em face do expansionismo ocidental.

Durante a primeira metade do século XX, e até aproximadamente a década de 1970, eram correntes os prognósticos sombrios sobre o futuro dos povos indígenas no Brasil, antecipando-se a possibilidade de extinção cultural (DAVIS, 1978; RIBEIRO, 1977).

Foi somente no final da década de 1980 que passaram a emergir vozes mais otimistas. Segundo Mércio Gomes (1988, p. 16-17),

> o que surge como mais surpreendente e extraordinário nas relações entre os índios e o Brasil é a possível reversão histórica na demografia indígena. Certamente seria temerário afirmar que os índios, afinal, sobreviveram, e que esta é uma realidade concreta e permanente... Mas o fato é que há fortes indícios de que as populações indígenas sobreviventes vêm crescendo nas últimas três décadas, surpreendendo as expectativas alarmantes [...] de tempos atrás.

Na década de 1990 essa percepção se consolidou, como indicou Carlos Alberto Ricardo (1996, p. xii): "[foi] afastada a hipótese de desaparecimento físico dos índios no Brasil [...], portanto, não estamos diante de uma 'causa perdida' como se chegou a dizer anos atrás".

A reversão do quadro de pessimismo quanto ao futuro dos povos indígenas no Brasil fundamentou-se com a constatação do contínuo crescimento populacional ao longo do tempo. Confirmando essa tendência, Marta Azevedo (2000, p. 80) observou: "a maioria dos povos indígenas tem crescido, em média, 3,5% ao ano, muito mais do que a média de 1,6% estimada para o período de 1996 a 2000 para a população brasileira em geral".

Atualmente, dependendo da fonte, há significativas diferenças quanto ao contingente total de indígenas no Brasil. Para a Fundação Nacional do Índio (Funai), que inclui em seu cálculo os indígenas que residem em aldeias situadas nas terras indígenas, o contingente populacional indígena é de aproximadamente 345 mil pessoas. Ainda segundo esse órgão, é possível que haja entre 100 e 190 mil indígenas residentes fora das terras indígenas, especialmente em algumas áreas urbanas. Portanto, para o órgão governamental, a população indígena total do país pode estar entre 445 e 535 mil pessoas.

Já os resultados do Censo Demográfico de 2000, conduzido pelo IBGE, evidenciaram que um total de 734 mil pessoas no Brasil se autodeclararam indígenas para os recenseadores. Desse montante, 383 mil viviam em áreas urbanas e 351 mil em áreas rurais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005).

Vê-se, portanto, que há certa proximidade nas estimativas da Funai e do IBGE, em particular no caso dos indígenas que vivem nas áreas rurais. A convergência é ainda maior ao se considerar que, independentemente da cifra, a porcentagem da população indígena no Brasil em relação ao total da população nacional é baixa, de menos de 0,5%.

Em termos comparativos, pode-se dizer que o Brasil apresenta uma das menores porcentagens de indígenas em sua população total dentre todos os países das Américas (Tabela 1). Além do Brasil, apenas os Estados Unidos apresentam menos de 1% de sua população como indígena (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2001).

Tabela 1 – Contingente populacional indígena e porcentagem em relação à população nacional nos países das Américas

Países segundo porcentagem de população indígena em relação ao total da população do país	Países	População Indígena (em milhões)	População indígena (%) em relação ao total da população nacional
Grupo 1 (Mais de 40%)	Bolívia	4,9	71
	Guatemala	5,3	66
	Peru	9,3	47
	Equador	4,1	43
Grupo 2 (5%-20%)	Belize	0,029	19
	Honduras	0,7	15
	México	12	14
	Chile	1	8
	El Salvador	0,4	7
	Guyana	0,045	6
	Panamá	0,14	6
	Suriname	0,03	6
	Nicarágua	16	5
Grupo 3 (1%-4%)	Guiana Francesa	0,014	4
	Paraguai	0,1	3
	Colômbia	0,6	2

Tabela 1 – Contingente populacional indígena e porcentagem em relação à população nacional nos países das Américas (cont.)

Países segundo porcentagem de população indígena em relação ao total da população do país	Países	População Indígena (em milhões)	População indígena (%) em relação ao total da população nacional
Grupo 3 (1%-4%)	Venezuela	0,4	2
	Jamaica	0,048	2
	Porto Rico	0,072	2
	Canadá	0,35	1
	Costa Rica	0,03	1
	Argentina	0,05	1
Grupo 4 (Menos de 1%)	Estados Unidos	1,6	0,65
	Brasil	0,3	0,2

Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2001, p. 16).

Para refletir
Em sua opinião, por que o contingente populacional indígena no Brasil é proporcionalmente tão pequeno quando comparado ao de outros países das Américas?

A sociodiversidade indígena

Ao utilizar as expressões "índio" ou "indígena", simplifica-se o que, do ponto de vista socioantropológico, constitui uma categoria extremamente complexa. Conforme indicado por Melatti (1987, p. 19-20):

> com este termo, índios, os conquistadores rotulavam as populações mais diversas desde o norte até o sul do continente americano. Tais populações diferiam umas das outras tanto no aspecto físico como nas suas tradições. Membros de sociedades tão distintas como os incas e os tupinambá, que falavam línguas completamente diferentes, que tinham os costumes mais diversos [...], eram tanto uns como outros incluídos na mesma categoria: índios. Nada, pois, havia de comum entre as populações americanas que justificasse serem denominadas por um único termo, índios, a não ser o fato de não serem européias.

Se os termos "índio" e "indígena" são generalizações historicamente impostas pelos colonizadores sobre a multiplicidade de povos nativos do continente americano, igualmente complicada é a questão relativa às designações utilizadas para nomear as sociedades individualmente. Muitos nomes atribuídos às sociedades específicas, em geral por ocasião dos primeiros contatos, persistem ao longo da história, mas não são categorias próprias. Não é sem razão que muitos povos, ao longo do tempo, têm buscado mudar o termo pelo qual são chamados, conforme demonstra o texto a seguir.

SIGNIFICADOS DAS DESIGNAÇÕES INDÍGENAS

[...] Pesquisas de antropólogos e lingüistas ensinam que as autodenominações não têm nada a ver com os nomes aplicados aos grupos indígenas pelos "brancos". Boa parte dos nomes correntes hoje – como no passado – para designar os povos indígenas no Brasil não são autodenominações. Muitos deles foram atribuídos por outros povos, freqüentemente inimigos e, por isso mesmo, carregam conotações inadequadas.

É o caso, por exemplo, dos Araweté, assim nomeados pela primeira vez por um sertanista da Funai que julgava compreender a sua língua, logo após os "primeiros contatos", estabelecidos em meados da década de 1970. Tal designação, grafada pela primeira vez por um funcionário do governo federal num relatório, acabou permanecendo como identidade pública oficial desse povo. Mas um antropólogo que estudou os Araweté alguns anos depois e aprendeu a sua língua descobriu que os membros desse povo originalmente não se denominam por um substantivo e usam para se referir ao coletivo do qual fazem parte apenas a palavra *bïdé,* um pronome que quer dizer nós, os seres humanos.

A palavra não remete a uma substância (como brasileiros, por exemplo, remete a Brasil), mas a uma perspectiva (humana, que se opõem a animal, à divina, à inimiga...). Dependendo do contexto em que é enunciada, pode referir-se a coletividades humanas mais ou menos abrangentes: aos próprios Araweté (em oposição a outros grupos, inimigos); a todos os índios (em oposição aos não-índios); a todos os seres humanos (em oposição aos animais e deuses)...

Membros de Estados-nações, como nós, têm o preconceito de que toda sociedade tem que ter nome próprio. E, como ilustra o caso Araweté, isso é falso. Pois se é certo que os Araweté utilizam a palavra *bïdé* para referir-se a si mesmos, não é verdade que ela seja um "nome próprio" e nem que o "nós" a que se refere seja sempre o mesmo.

A forma de grafar o nome de povos indígenas apresenta uma grande variabilidade. Neste livro adotamos a convenção da Associação Brasileira de Antropologia (ABA, 1954) que utiliza inicial maiúscula para identificar o nome dos povos indígenas e sem flexão de gênero e de número.

Se quiser saber mais sobre a grafia do nome de povos indígenas, leia o texto "Sobre o nome dos Povos", na página eletrônica do Instituto Socioambiental.

Em outros casos, as conotações dos nomes atribuídos às etnias indígenas chegam a ser pejorativas. Kayapó, por exemplo, é uma designação genérica que foi dada a esses conhecidos índios por povos com os quais guerrearam até recentemente, de língua tupi, e quer dizer "semelhante a macaco". Outros nomes foram dados por sertanistas do antigo SPI (Serviço de Proteção aos Índios) ou da Funai, muitas vezes logo após os primeiros contatos promovidos pelas chamadas "expedições de atração". Nesse contexto, sem entender a língua, os equívocos são freqüentes, e determinados povos acabam conhecidos por nomes que lhes são atribuídos por razões absolutamente aleatórias.

Nesses tempos de primeiros contatos, de comunicação precária com "tribos desconhecidas", alguns povos passaram a ser denominados pelo nome de algum dos seus indivíduos ou frações. Há ainda casos de nomes impostos em português, como, por exemplo, Beiço-de-Pau (para se referir aos Tapayúna, do MT) ou Cinta-Larga, assim chamados por sertanistas da Funai simplesmente porque usavam largas cintas de entrecasca de árvore quando foram contatados no final da década de 1960, em Rondônia.

"Atrair e pacificar" os índios, impondo-lhes arbitrariamente denominações, tem a ver historicamente com práticas coloniais de controle social: concentração espacial da população (com a conseqüente contaminação por doenças e a redução populacional pós-contato), implantação de sistemas paternalistas e precários de assistência social, confinamento territorial e exploração dos recursos naturais disponíveis. Tudo em nome da "integração dos índios à comunhão nacional". Ao contrário, reconhecer e valorizar suas identidades específicas, compreender suas línguas e suas formas tradicionais de organização social, de ocupação da terra e uso dos recursos naturais, tem a ver com gestos diplomáticos de intercâmbio cultural e respeito a direitos coletivos especiais.

Extraído de http://www.socioambiental.org.

A maior parte dos povos indígenas no Brasil apresenta reduzido tamanho populacional, em geral poucas centenas de pessoas. Constituem o que Carlos Alberto Ricardo (1996, p. 46), do ponto de vista demográfico, denomina "microssociedades". Estima-se que, de cerca de 225 povos indígenas no país, 50% têm uma população de até 500 pessoas; 40%, de 500 a 5.000; 9%, de 5.000 a 20.000; e apenas 0,4%, mais de 20 mil pessoas (AZEVEDO, 2005, p. 56).

A diversidade social e cultural dos povos indígenas manifesta-se em múltiplos aspectos. Um deles refere-se ao número de línguas faladas. São aproximadamente 180 diferentes línguas no Brasil, o que caracteriza o país como uma das regiões do mundo mais ricas e diversificadas do ponto de vista lingüístico. É possível que em 1500, por ocasião da chegada dos europeus, fossem faladas no Brasil mais de mil diferentes línguas indígenas. Como ressalta o lingüista Aryon Rodrigues (1986, p. 17):

> Os índios do Brasil não são um povo: são muitos povos, diferentes de nós e diferentes entre si. Cada qual tem usos e costumes próprios, com habilidades tecnológicas, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social e filosofia peculiares, resultantes de experiências de vida acumuladas e desenvolvidas em milhares de anos. E distinguem-se também de nós e entre si por falarem diferentes línguas. [...] Embora diferentes, [as línguas dos povos indígenas] compartilham do que todas as quase seis mil línguas do mundo têm em comum: são manifestações da mesma capacidade de comunicar-se pela linguagem.

As línguas faladas pelos povos indígenas no Brasil são classificadas em troncos (Tupi e Macro-Jê) e famílias lingüísticas isoladas (por exemplo, Aruák, Karíb, Páno, Máku, Yanomámi etc.), ou seja, línguas que não puderam ser classificadas pelos lingüistas em nenhum tronco, permanecendo como famílias lingüísticas não-classificadas (RODRIGUES, 2006, p. 61).

Para refletir

As sociedades indígenas são consideradas ágrafas, ou seja, tradicionalmente não apresentam linguagem escrita, de modo que a transmissão da cultura é predominantemente oral. Isso poderia trazer alguma implicação na atuação do agente indígena de saúde? Por exemplo, quanto ao preenchimento de instrumentos de coleta de dados/produtividade do serviço de saúde?

Particularmente em algumas regiões do país, como no Nordeste e no Sul, há muitos povos indígenas que, por viverem em contato com outros segmentos da sociedade brasileira desde longa data, perderam sua língua original, utilizando o português em sua comunicação cotidiana. Como ressaltam os antropólogos, por mais que a perda da língua constitua uma perda cultural importante, o fato de um povo não mais falar a sua língua não significa que deixou de ser índio.

A diversidade que se observa no caso das línguas encontra paralelo no plano da ecologia, da economia, da política, da cosmologia, da vida ritual e assim por diante. A diversidade social e cultural dos povos indígenas é abordada no texto a seguir e certamente enriquecerá as idéias aqui analisadas.

DIVERSIDADE CULTURAL DAS SOCIEDADES INDÍGENAS

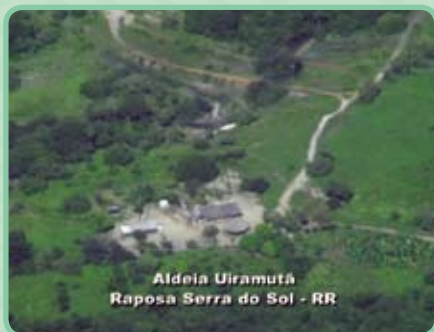
Se fôssemos desenvolver uma caracterização da "nossa sociedade", iríamos proceder valendo-se da separação do que podemos chamar de "as várias esferas da vida social". Sejam elas: economia, política, educação, religião, organização social, entre outras. Essas esferas encontram-se relativamente separadas uma das outras, algumas até correspondendo a ramos específicos das ciências, ou tendo seu lugar na divisão dos Ministérios do Estado. Por isso podemos dizer que na nossa sociedade ocorre a fragmentação das esferas da vida social.

O mesmo não ocorre nas sociedades indígenas. As várias esferas da vida social encontram-se imbricadas de tal forma, que nunca podemos analisá-las isoladamente. Uma atitude que poderíamos considerar meramente econômica, como a derrubada da mata para a plantação da roça, exige uma série de cuidados de ordem sobrenatural e articula um conjunto de contatos e obrigações sociais e políticas.

Em relação ao território em que vivem, as sociedades indígenas não têm a noção de propriedade privada da terra. Os povos indígenas reconhecem a "posse" de um território a partir do uso que fazem dele. A posse é coletiva na medida em que todas as famílias podem utilizar os recursos existentes nesse território. Não faz parte da idéia indígena de posse a preocupação em estabelecer limites e fronteiras intransponíveis. Porém, consideram desrespeitoso e agressivo entrar no território utilizado por grupos vizinhos sem lhes dar satisfações, assim como esperam explicações daqueles que entram em seu território com boas intenções.

Lembremos que a posse de que falamos não é apenas material, mas engloba a apropriação simbólica do território, que passa a ser parte fundamental daquela cultura. De modo geral, o território indígena é utilizado de três maneiras: há o espaço das aldeias, o espaço das roças e a região de caça e coleta, ou "território de itinerância". Mas sabemos que atualmente muitos povos indígenas não têm condições de ocupar o território desse modo, pois encontram-se invadidos, diminuídos ou depredados.

O espaço das aldeias é o local mais ou menos fixo composto pelo conjunto de residências familiares. Entre as classificações indígenas do mundo, muitas colocam em destaque a oposição entre aldeia e floresta, a primeira relacionada às características humanas, à cultura e à sociabilidade, e a segunda ligada à natureza, ao espaço selvagem, não-domesticado. Não há modelo único para as aldeias indígenas (como indicava a tradicional idéia das "tabas" compostas por "ocas", no modelo Tupi), para o número de pessoas que as habitam, para o tempo em que permanecem em um mesmo local.

Fotos 1, 2 e 3 – Diversidade de aldeias indígenas

Aldeia da etnia Makuxí (RR)

Aldeia da etnia Teréna (MS)

Aldeia da etnia Yanomámi (AM)

Fonte das fotos: *Vídeo Muita terra para pouco índio?* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2002).

Lembremos que aldeia refere-se a local de habitação, como nossos termos cidade ou vila, e não se confunde com povo ou etnia. A não ser povos com populações muito reduzidas que podem se concentrar inteiramente numa única aldeia, o mais comum é que cada grupo indígena encontre-se dividido em várias aldeias. Por outro lado, há aldeias que concentram pessoas provenientes de várias etnias.

Em relação às habitações, também são muito variados os modelos das construções, a forma como são dispostas e o número de famílias que residem nelas. Temos que ter em mente que a arquitetura indígena, os espaços das casas, os detalhes de construção e o traçado das aldeias não visam a simplesmente suprir necessidades elementares e práticas de moradia e conforto, mas podem envolver explicações de ordem mítica e sobrenatural e implicam considerações gerais sobre o mundo e sobre o espaço que homens, mulheres e crianças ocupam nesse mundo.

Fotos 4, 5, 6 e 7 – Variedades de habitações indígenas

Guaraní (RS)

Tuxá (BA)

Fonte: Vídeo *Muita terra para pouco índio?* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2002).

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Xavánte (MT)

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Avá-Guajá (MA)

Sobre os espaços das aldeias, as teorias indígenas de mundo geralmente os dividem em locais femininos e masculinos. Também as famílias podem se encontrar associadas aos espaços, às aldeias, conforme pertençam a grupos de descendência relacionados aos pontos cardeais, às constelações, aos animais e outros objetos. Quanto à população das aldeias, o mais comum é os índios brasileiros formarem aldeamentos pequenos, mas também encontramos aldeias maiores. As aldeias indígenas têm grande mobilidade espacial, havendo constantes transferências de famílias entre as aldeias e mudanças do próprio conjunto das famílias, que de tempos em tempos transferem o local de suas aldeias.

O espaço que circunda as aldeias geralmente abriga as roças familiares. Uma roça pertence sempre à família que nela trabalhou. Portanto, não existe entre os índios a idéia de propriedade coletiva de uma roça. Os índios reconhecem a cada família a propriedade sobre os produtos de seu trabalho, e enquanto uma antiga roça frutificar o trabalho de alguma família é reconhecido a ela o direito sobre esses produtos. Uma vez que a roça deixa de produzir, outra família poderá derrubar a mata que ali se formou, apropriando-se do espaço com base em seu trabalho. Portanto, podemos dizer que os índios reconhecem a posse cole-

tiva do território. Mesmo não havendo propriedade da terra, há a propriedade dos produtos advindos do trabalho na terra, com base familiar. Entre os índios, nenhuma família possui mais do que a sua capacidade de trabalhar.

O espaço que circunda as aldeias é, portanto, entrecortado por roças mais ou menos produtivas e por terrenos de mata mais ou menos densa, as capoeiras formadas de antigas roças. É muito comum encontrarmos cosmologias indígenas que associam o espaço cultivado, as roças, ao universo do feminino, identificando o trabalho na terra à capacidade feminina de gestação. Opõe-se a esse espaço a mata densa que os homens penetram para a caça, atividade que é associada à virilidade masculina.

Para além das roças e capoeiras, como vimos, há território de mata densa que é utilizado para a caça e a coleta. Tal vegetação não deve ser confundida com "floresta virgem", já que aquela constitui um território muito bem conhecido pelos índios que o percorrem continuamente. Há também narrativas de cunho mítico, que falam da passagem dos ancestrais da atual humanidade por certos lugares, tornando-se habitáveis ou semelhantes ao que são atualmente. Por isso dizemos que esse espaço, embora não tão intensamente povoado e vivido como as aldeias e roças, é bastante usado pelos índios, tanto material como simbolicamente.

O vínculo que os índios estabelecem com o território, onde os espaços são classificados no interior de uma visão de mundo, também ocorre na relação que mantêm com as plantas e os animais que povoam a floresta. A caça e a coleta não seguem critérios imediatos e práticos, como poderiam supor aqueles que consideram que os índios vivem numa constante luta pela sobrevivência. Nem todos os animais podem ser caçados ou ingeridos por todas as pessoas, e cada povo indígena estabelece seus critérios alimentares, que podem ser ainda diferentes para cada família ou para diferentes momentos da vida das pessoas.

A relação estabelecida pelos índios com a natureza não pode nunca ser confundida com uma atividade meramente técnica, prática ou econômica. Envolve visões de mundo que definem espaços, atividades e deveres de homens e mulheres, humanos e animais, os seres da natureza e os seres sobrenaturais.

Sabemos que na nossa sociedade a produção é amplamente dividida, de modo que falamos em divisão social do trabalho, ou seja, cada um detém o conhecimento de uma parcela da produção e ninguém pode sobreviver sozinho, uma vez que depende de toda a sociedade para suprir suas necessidades. Nas sociedades indígenas, a produção baseia-se na divisão sexual do trabalho: há tarefas masculinas (como caçar e derrubar a roça) e femininas (como cuidar da roça e cozinhar), de forma que cada família funciona como uma unidade básica de produção e armazena os conhecimentos fundamentais e indispensáveis para a subsistência.

Isso não quer dizer que cada família indígena viva em isolamento. Cada sociedade estabelece critérios de relacionamento e reciprocidade entre as famílias, e por isso dizemos que são as famílias, e não os indivíduos isolados, os principais elos das relações de sociabilidade.

As relações de reciprocidade estabelecidas entre as famílias envolvem a distribuição de bens e alimentos, mas também trocas matrimoniais e prestações de serviços. Por isso, para as sociedades indígenas, a troca de bens envolve muito mais do que o comércio de objetos úteis. Esta implica, para além dos objetos trocados, o estabelecimento de uma aliança entre as famílias.

Nas sociedades indígenas, as relações entre as famílias [é dada grande importância a elas] são relações de parentesco. Cada grupo define os critérios para parentes e não-parentes, e é por meio dos mecanismos do parentesco que são estabelecidas regras, tendências ou obrigações para o cuidado com as crianças, para a distribuição de alimentos, para o casamento, para a formação de grupos políticos. Há grupos que consideram os filhos de um casal como parentes consangüíneos das famílias paternas e maternas. Há outros que consideram os filhos consangüíneos apenas de um dos lados.

Os Xavánte, por exemplo, têm descendência patrilinear, de forma que os filhos de um casal são considerados consangüíneos do pai. Porém, quando se casam, os rapazes devem morar com a família da esposa, ou seja, com os seus afins. Para os Xavánte, os grupos de descendência, formados pelo pai e seus filhos homens, constituem um núcleo coeso e importante para as decisões políticas da aldeia.

Os termos indicativos de parentesco utilizados pelos índios também são diferentes dos nossos. Chamamos de "pai" somente o nosso genitor, mas de "tio" um número maior de pessoas – alguns não-parentes. Os índios podem, por exemplo, classificar como "pai" também os irmãos de seus genitores e tratar os filhos destes igualmente como "irmãos" ou "irmãs". A cada categoria de parentesco corresponde uma atitude de intimidade, liberdade, carinho, vergonha ou respeito, sendo estas categorias bem definidas e muito importantes para estabelecer o modo adequado de conduta que uns devem ter com os outros.

Nesse contexto, podemos entender algumas características da chefia nas sociedades indígenas. Os chefes indígenas não se distanciam dos trabalhos cotidianos e da população para poder exercer o que chamamos de poder político. Ao contrário, sua autoridade é adquirida por meio das atividades diárias e do contato com as famílias, valendo-se do estabelecimento de alianças com as quais reforça o seu grupo e mantém-se no poder.

Vemos, portanto, que as sociedades indígenas têm suas regras próprias de conduta, de relacionamento entre as famílias, de distribuição de riquezas; e que, assim como usam critérios particulares para classificar os espaços e os seres da

natureza, também os utilizam para classificar as pessoas como membros de parentelas e parte de uma sociedade.

A linguagem escrita não existe nas sociedades indígenas. Mas isso não quer dizer que não tenham seus próprios códigos simbólicos para transmitir mensagens importantes para a sociabilidade do grupo. As pinturas corporais, os desenhos que adornam as casas, os utensílios de uso diário, os belos enfeites usados nos rituais são alguns exemplos das formas indígenas de escrituras, ou seja, são usos diversos de recursos gráficos que transmitem mensagens e idéias para as pessoas que fazem parte daquelas culturas.

Os povos indígenas têm maneiras próprias de falar sobre esquemas de classificação ou sobre suas teorias de mundo: os mitos. São narrativas de conteúdo altamente simbólico que tratam das origens do mundo, de tempos ancestrais e diferentes dos nossos, dos seres que nele habitavam e que foram os responsáveis pela criação da atual humanidade, pelas demais espécies e por suas respectivas capacidades. Por serem profundamente simbólicos, os mitos são difíceis de serem compreendidos por pessoas de outras culturas.

Outra forma indígena de transmitir mensagens, e que muitas vezes engloba a narração de mitos, são os rituais. Grandes festas animadas por músicas, danças e bebidas, que utilizam adornos, pinturas corporais e roupagens específicas e que marcam momentos importantes na vida das pessoas. Os rituais também reforçam os princípios gerais e estruturantes de uma sociedade. Emocionalmente, os rituais fornecem às pessoas a oportunidade de se encontrarem com seus ancestrais míticos, com espíritos dos mortos, ou com seres sobrenaturais que habitam as águas e as florestas.

Adaptado de Tassinari (1995).

Para refletir

Após as leituras e considerando as características socioculturais dos povos indígenas que conhece, o que você entende por sociodiversidade?

As terras indígenas

Como indica a antropóloga Alcida Ramos (1986, p. 13),

> Para as sociedades indígenas, a terra é muito mais do que simples meio de subsistência. Ela representa o suporte da vida social e está diretamente ligada ao sistema de crenças e conhecimento. Não é apenas um recurso natural, mas – e tão importante quanto este – um recurso sociocultural.

A importância da terra para a reprodução biológica e sociocultural dos povos indígenas tem sido enfatizada não somente por estudiosos, mas também é bastante evidente no texto da Constituição Federal de 1988. No Capítulo VIII, artigo 231, há vários parágrafos sobre a questão das terras indígenas, entre os quais:

> § 1º – São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.
>
> § 2º – As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes (BRASIL, 1988).

O processo de demarcação é o meio administrativo para estabelecer, oficialmente, os limites do território tradicionalmente ocupado pelos povos indígenas. É um dever da União Federal, que busca, com a demarcação das terras indígenas:

a) resgatar uma dívida histórica com os primeiros habitantes destas terras;

b) propiciar as condições fundamentais para a sobrevivência física e cultural desses povos;

c) preservar a diversidade cultural brasileira, conforme a Constituição Federal.

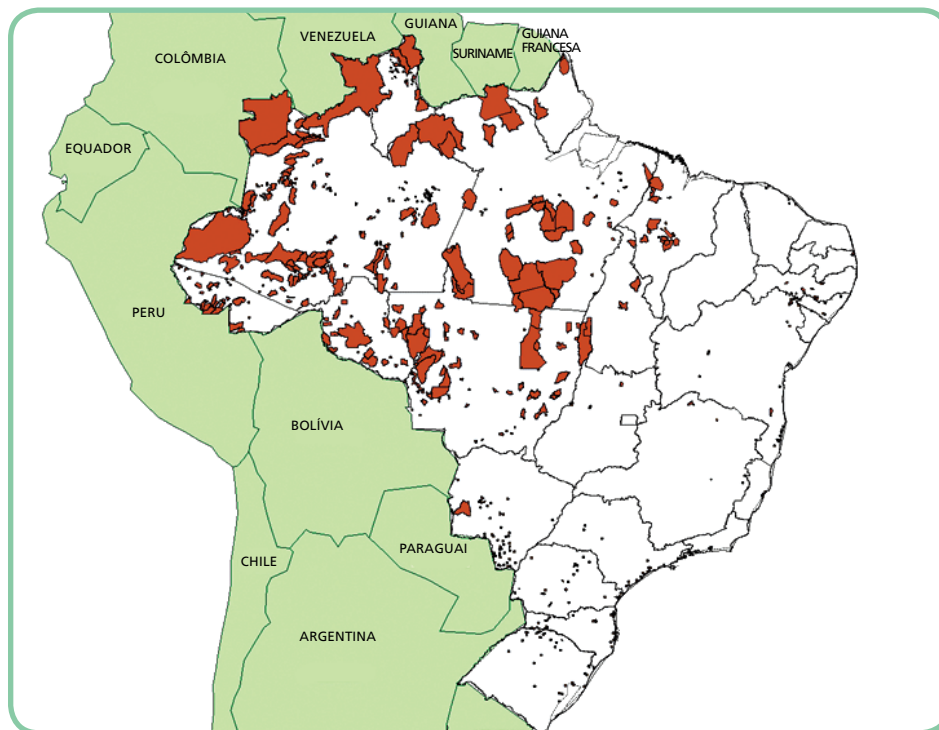
Para refletir

Como é a distribuição das terras indígenas no Brasil? A distribuição indígena se associa ao padrão de ocupação do território nacional ao longo dos séculos pelos não-indígenas?

Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, a região na qual atua é uma região de colonização antiga ou mais recente?

No Brasil há aproximadamente 610 terras indígenas que cobrem uma extensão equivalente a cerca de 12% do total do território brasileiro. Essa extensão de terras está distribuída de forma bastante desigual no espaço nacional. A quase totalidade (98,6%) está situada na chamada Amazônia Legal, enquanto o restante, menos de 2%, encontra-se nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. A distribuição das terras indígenas está intimamente associada ao processo de colonização do território brasileiro: as regiões de

ocupação mais antiga, como o Nordeste e o Sudeste, apresentam menos terras e dimensões mais reduzidas (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição das terras indígenas no Brasil

Fonte: Funasa (2006) e Funai (2007).

Ao olharmos mais detidamente a questão das terras indígenas, é possível perceber que muitos povos continuam a enfrentar sérios problemas fundiários. Por exemplo, 40% dos indígenas que vivem em regiões outras que não a Amazônia Legal ocupam tão-somente 1,4% da extensão das terras indígenas (RICARDO, 1996). Em várias regiões do Brasil, como no Sul, Sudeste, Nordeste e no estado de Mato Grosso do Sul, as terras indígenas são bastante reduzidas, acarretando dificuldades para a reprodução econômica, ambiental, física e cultural. Mencione-se ainda o fato de que muitas das terras demarcadas nessas regiões o foram em áreas ecologicamente degradadas.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Depois desse breve contato com a realidade dos povos indígenas no Brasil, teremos agora uma etapa de consolidação do conteúdo. Para tanto, você deve assistir ao documentário *Muita Terra para pouco Índio?*. Este documentário, com duração de 24 minutos, foi realizado pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em 2002, com o apoio da Fundação Ford. A direção é de Bruno Pacheco de Oliveira; o roteiro de João Pacheco de Oliveira e a produção executiva de Antônio Carlos Souza Lima. Mais informações podem ser obtidas no site da ABA, na seção biblioteca.

Esse documentário, conforme indicado em sua apresentação,

> corresponde a uma tentativa de apresentar, do modo mais claro e didático possível, a diversidade da vida dos povos indígenas e suas terras no Brasil, e desmontar, apoiando-se em dados, depoimentos e imagens, os argumentos que são usualmente utilizados contra a materialização dos direitos indígenas, atacando o preconceito e os estereótipos que emperram a formulação e o desempenho de uma política indigenista afirmativa, e dificultando a garantia dos direitos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2002).

Muita Terra para pouco Índio? trata de muitas questões que abordamos nesse primeiro capítulo, e que abordaremos também nos dois seguintes, incluindo as relações entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, os rumos das políticas públicas, a questão das terras indígenas, as condições de vida dos povos indígenas nas diferentes regiões do país, os movimentos indígenas e indigenistas, entre muitas outras.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. Convenção para a grafia dos nomes tribais. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 150-152, 1954.

______.*Muita terra para pouco índio?* Brasília, 2002. Encarte de apresentação do documentário.

AZEVEDO, M. Censos demográficos e "os índios": dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C. A. (Org.); RICARDO, F. (Org.). *Povos indígenas no Brasil, 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 79-83.

______.Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: RICARDO, C. A. (Org.); RICARDO, F. (Org.). *Povos indígenas no Brasil, 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2005. p. 55-58.

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Capítulo VIII, Dos Índios, Artigo 231. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL-03/constituição/Constitui%C3A7ao.htm>. Acesso em: 15 jun. 2006.

______. *Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973*. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

CUNHA, M. C. Introdução a uma história indígena. In: CUNHA, M. C. (Org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 9-24.

DAVIS, S. *Vítimas do milagre*: o desenvolvimento e os índios do Brasil. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1978.

FAUSTO, C. *Os índios antes do Brasil*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. *Identidade e diversidade*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.funai.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2006.

GOMES, M. P. *Os índios e o Brasil:* ensaio sobre um holocausto e sobre uma nova possibilidade de convivência. Petrópolis: Vozes, 1988.

GRUPIONI, L. D. B. (Org.). *Índios no Brasil*. Brasília: MEC, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Tendências demográficas*: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Significados das designações indígenas*. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.socioambiental.org >. Acesso em: 20 dez. 2006.

KENNEDY, D. P.; PERZ, S. G. Who are Brazil's indígenas? Contributions of census data analysis to anthropological demography of indigenous populations. *Human Organization*, n. 59, p. 311-324, 2000.

LIMA, A. C. S.; BARROSO-HOFFMAN, M. Estado e povos indígenas no Brasil. In: LIMA, A. C. S. (Org.); BARROSO-HOFFMAN, M. (Org.). *Estado e povos indígenas*: bases para uma política indigenista II. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002a. p. 7-24.

______; ______. Além da tutela: aspectos de uma nova regulação dos direitos indígenas no Brasil. In: LIMA, A. C. S. (Org.); BARROSO-HOFFMAN, M. (Org.). *Além da tutela:* bases para uma nova política indigenista III. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002b. p. 7-22.

MELATTI, J. C. *Índios do Brasil.* São Paulo: Hucitec; Brasília: Ed. UnB, 1987.

NEVES, E. G. *Arqueologia da Amazônia.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Equidade em saúde:* pelo prisma da etnicidade. Washington, D.C., 2001. Disponível em: <http://www.ops.org.ni/Etnicidad/Documentos/Etnicidad.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2006.

RAMOS, A. R. *Sociedades indígenas*. São Paulo: Ática, 1986.

RIBEIRO, D. *Os índios e a civilização*: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Petrópolis: Vozes, 1977.

RICARDO, C. A. A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: RICARDO, C. A. (Org.). *Povos indígenas no Brasil, 1991/1995*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996. p. i-xii.

RODRIGUES, A. D. *Línguas indígenas:* para um conhecimento das línguas indígenas. São Paulo: Loyola, 1986.

______. As línguas indígenas no Brasil. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.) *Povos indígenas no Brasil, 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 59-63.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. No prelo.

TASSINARI, A. M. I. Sociedades indígenas: introdução ao tema da diversidade cultural. In: SILVA, A. L. (Org.); GRUPIONI, L. D. B. (Org.). *A temática indígena na escola*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto,1995. p. 445-473.

TORRES, C. *Equidade em saúde:* pelo prisma da etnicidade. Washington, D.C. PAHO, 2001.

UNITED NATIONS. Declaration on the rights of indigenous peoples. Geneve, 2006. Disponível em <http://www.un.org>. Acesso em: 25 mar. 2007.

2. Processo saúde–doença

Carlos E. A. Coimbra Jr.
Ricardo Ventura Santos
Andrey Moreira Cardoso

Qualquer discussão sobre o processo saúde–doença dos povos indígenas precisa levar em consideração a sociodiversidade existente.

Como vimos anteriormente, no Capítulo 1 deste livro, "Povos indígenas no Brasil", são aproximadamente 220 etnias, com diferentes organizações social, econômica e cultural e com as mais diversas experiências de contato e interação com a sociedade nacional.

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde que, associado às particularidades socioculturais de cada etnia, está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional, nas diversas regiões do país. Ao longo dos séculos, essas frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio da introdução de novos patógenos, especialmente vírus, ocasionando graves epidemias; quer seja pela usurpação de territórios, dificultando ou inviabilizando a subsistência, e/ou pela perseguição e morte de indivíduos ou mesmo de comunidades inteiras. No presente, emergem outros desafios à saúde dos povos indígenas, que incluem as doenças crônicas não-transmissíveis, a contaminação ambiental e a dificuldades de sustentabilidade alimentar, para citar poucos exemplos.

Para compreendermos o processo de saúde–doença dos povos indígenas, é necessário lançar mão de múltiplas perspectivas, oriundas da história, da antropologia e da saúde pública. É preciso olhar para o passado a fim de entender as dinâmicas contemporâneas. Configura-se fundamental atentar para a cultura desses povos, sua riqueza e seus conhecimentos, assim como para as formas de interação com a sociedade nacional, de modo a entendermos como os povos indígenas respondem às doenças em seu cotidiano.

A saúde e a doença no passado

Na visão de muitos, antes da chegada dos europeus ao Brasil, em 1500, os índios viviam em um ambiente no qual se encontravam pouco expostos a doenças. Nessa perspectiva, o continente americano é apresentado como uma espécie de paraíso na Terra, com flora e fauna abundante, fartura de alimentos e poucos agravos capazes de produzir sofrimento, doença ou morte.

A VISÃO IDEALIZADA DA VIDA DOS INDÍGENAS NO PASSADO

Segundo a famosa *Carta do Piloto Anonymo,* documento contemporâneo à epístola de Pero Vaz de Caminha: "Os homens e as mulheres, formosos de corpo, andavam nus, com toda a inocência. Pescavam, caçavam, dormiam suspensos em redes, cercavam-se de aves lindas e multicores. No meio do clima doce, viviam em pleno estado natural" (CAMINHA apud FRANCO, 1937, p. 34).

Essa carta teve ampla circulação na Europa seiscentista e, acredita-se, exerceu profunda influência na construção do mito de um "estado social primitivo", segundo o qual vivia-se em harmonia com a natureza generosa, esbanjando saúde e felicidade. Um século depois, o padre francês Claude d'Abbevile, observou que:

> os índios lhe pareciam fisicamente bem proporcionados [...] eram notavelmente longevos e sadios. Viviam normalmente de 100 a 140 anos, embora ele tenha tratado com alguns que carregavam, frescos e bem dispostos, 160 e até 180 janeiros. As mulheres, com 80 e 100 anos ainda davam de mamar às crianças (D'ABBEVILE apud FRANCO, 1937, p. 48).

De certo modo, tal visão sobre as terras americanas estava em franca oposição com o que prevalecia na Europa da época, onde grassavam grandes epidemias que dizimavam parcelas expressivas da população (como a varíola e a peste), fome disseminada, guerras intermináveis e muitas outras mazelas sociais.

Estudos desenvolvidos com base em várias disciplinas, como a arqueologia, a paleopatologia (estudo das doenças no passado, em geral a partir da análise de esqueletos, múmias, fezes fossilizadas etc.) e a biologia, mostram que a visão da América produzida pelos primeiros cronistas é uma simplificação que, talvez por satisfazer a um anseio romântico que se difunde em meio à sociedade moderna industrial, perdura até hoje.

Recuperar as principais causas de adoecimento e morte na América pré-colombiana é tarefa bastante complexa. Os povos indígenas que vivem no Brasil no presente, assim como seus ancestrais, não desenvolveram a escrita, de modo que não temos registros dessa natureza.

O texto *Diversidade cultural das sociedades indígenas*, apresentado no Capítulo 1, também enfoca essa questão.

Para vislumbrar esse passado, geralmente lançamos mão de dados arqueológicos e paleopatológicos, a fim de buscar reconstruir quais doenças afetavam as populações no continente antes da chegada dos europeus. Informações complementares advêm de investigações biomédicas realizadas entre populações indígenas recém-contatadas, com vistas a caracterizar seu perfil imunológico e parasitário, na expectativa de que, ao menos em parte, reflitam as condições do passado.

Essas várias abordagens geram informações de enorme relevância, mas apresentam limitações de diversas ordens. Por exemplo, somente uma parcela muito pequena de esqueletos e outros remanescentes humanos pré-históricos são preservados. Assim, os estudos paleopatológicos baseiam-se em séries reduzidas, em geral recuperadas em locais onde as condições de preservação são mais adequadas. Portanto, não são amostras representativas do passado. Além disso, muitas causas de morte não deixam registro no material ósseo. Se, de um lado, é possível determinar a causa da morte de um indivíduo que faleceu, por exemplo, em razão de um traumatismo craniano resultante de luta ou acidente – pois o paleopatologista é capaz de identificar a fratura –, de outro, a partir da análise do esqueleto, é impossível afirmar, por exemplo, que uma criança faleceu devido à desidratação decorrente de um episódio de diarréia. No caso de algumas doenças infecciosas, como a tuberculose e a sífilis, além das análises macroscópicas do esqueleto, baseadas em técnicas da biologia molecular (análise do DNA), tem sido possível determinar se os indivíduos eram portadores ou não de infecção. Quanto ao estudo de populações recém-contatadas, há sempre a possibilidade de já terem sido expostas anteriormente a doenças introduzidas e por elas desconhecidas, apesar de viverem em relativo isolamento. Por exemplo, uma doença como a malária, transmitida pelo mosquito *Anopheles*, não requer contato face a face entre índios e não-índios para sua transmissão.

Fotos 1 e 2 – Coprólito (fezes humanas fossilizadas), no qual foram encontrados ovos de helmintos parasitas (ancilostomídeos)

Foto: Adauto Araújo

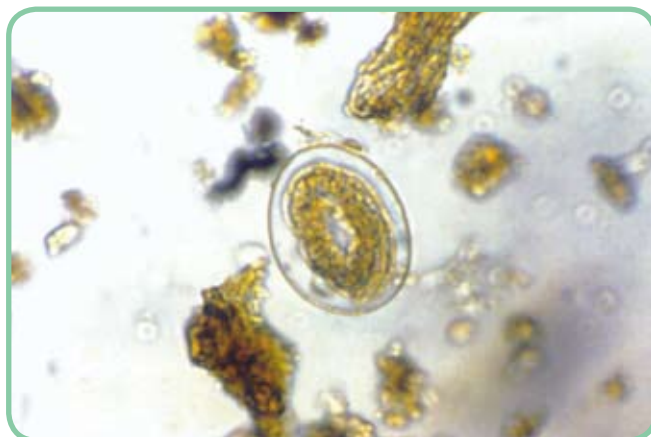



Foto: Adauto Araújo

Nota: Coprólito escavado no sítio arqueológico da Pedra Furada, Piauí, datado de aproximadamente 7 mil anos atrás.

Apesar de todas essas dificuldades, há alguns aspectos relativamente bem estabelecidos quanto à história das doenças que acometiam os índios no passado (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 1992; SOUZA; ARAÚJO; FERREIRA, 1994). Há doenças que já existiam nas Américas antes da chegada dos europeus, como a tripanosomíase sul-americana (doença de Chagas), algumas parasitoses intestinais (como a ancilostomose e a tricuríase) e a leishmaniose tegumentar. Outros exemplos incluem a tuberculose e as treponematoses. Algumas viroses, como hepatite B e herpes, também são consideradas nativas do continente americano. A análise de arcadas dentárias pré-históricas evidencia que, por exemplo, a cárie e as infecções periodontais afetavam os indígenas e tinham forte inter-relação com os padrões de subsistência (possuíam pior dentição aqueles que praticavam a agricultura).

Além desses fatores de origem infecciosa, os estudiosos das doenças da pré-história do continente americano sinalizam para um cenário muito possivelmente marcado por adoecimento e morte vinculados às atividades ocupacionais (acidentes devido à derrubada de árvores, acidentes ofídicos, afogamentos etc.) e, em alguns contextos, por causa de conflitos intergrupais (guerras). Uma vez que a fecundidade das mulheres era elevada, provavelmente era alta a mortalidade materna.

Foto 3 – Fêmur de um adulto evidenciando cicatriz de fratura com seqüela, possivelmente devido a acidente, com encurtamento do osso

Foto: Andrea Lessa

Nota: Fêmur datado de aproximadamente mil anos atrás, encontrado no sítio arqueológico Praia das Laranjeiras II, Balneário Camboriú, Santa Catarina.

Tanto no caso das doenças infecciosas como no de outros agravos, é importante ressaltar que havia consideráveis diferenças nos perfis de adoecimento e morte de população para população. Aparentemente pequenas diferenças ambientais ou sociocomportamentais (que incluem padrão de espacialização das aldeias, tipo de casa e ecologia alimentar) podiam produzir importantes diferenciais epidemiológicos entre grupos indígenas que habitavam uma mesma região. Por exemplo, populações cuja subsistência era baseada na caça e na coleta apresentavam condições de saúde bucal melhores que aquelas de agricultores (isso porque milho e mandioca são importantes agentes cariogênicos). Possivelmente a tuberculose acometia de forma mais acentuada populações pré-colombianas que atingiram densidades demográficas maiores, como nos Andes e na América Central. Uma conjunção de fatores socioeconômicos e ambientais (tipo de moradia, presença de mamíferos domesticados nos domicílios que atuavam como reservatórios do parasita etc.) propiciou a endemização da doença de Chagas por domiciliação (pela adaptação do barbeiro, o *Triatoma infestans*, ao domicílio humano) na região andina, mas não em outras regiões das Américas (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 1994).

Contrastando com as doenças consideradas autóctones (nativas), há evidências de que aquelas que ocasionaram elevados níveis de depopulação (redução populacional), com a morte de milhares de índios nos primeiros tempos de contato, como a varíola, o sarampo e a gripe, foram introduzidas nas Américas a partir da colonização européia, trazidas de outras partes do mundo. Sobre esse ponto, o naturalista Karl Friedrich P. von Martius, com base em sua viagem pelo Brasil de 1817 a 1820, escreveu o seguinte:

> [...] a varíola era completamente desconhecida pelos índios, antes do povoamento português. Agora, porém, com a mais tremenda rapidez alastra-se até aos mais remotos ermos, e cada tribo conhece e teme essa doença, como se fora o mais pernicioso veneno para seu sangue. [...] Assim, a varíola representa na raça vermelha o mesmo papel da peste oriental. Onde explode, separam-se os membros da família; muitas vezes os pacientes são deixados ao desamparo; os sãos, dominados por cego terror e desnorteados, fogem, em debandada, para as matas (MARTIUS, 1979, p. 75-76).

Há uma longa discussão sobre as causas que elevaram os níveis de mortalidade da população indígena. Acredita-se que uma das principais razões da depopulação que se seguiu às epidemias foi a desestruturação socioeconômica das aldeias afetadas, o que comprometeu a provisão de água e de alimentos para os doentes, mais do que as debilidades imunológicas (COIMBRA JÚNIOR, 1987).

A RESPOSTA CULTURAL EM FACE DAS EPIDEMIAS

É indubitável o papel exercido pelas doenças infecciosas de caráter epidêmico no delineamento do quadro demográfico atual e, até mesmo, da organização social de significativa parcela da população indígena brasileira. Entre elas destaca-se o sarampo, dados os elevados índices de morbimortalidade, a sua alta transmissibilidade (não raramente disseminando-se por várias aldeias de uma região em curto período de tempo) e ao quadro desolador que, em geral, caracteriza o período pós-epidêmico. A acentuada depopulação observada leva a uma desorganização da estrutura social, assim como a ocorrência de profundas alterações no padrão de assentamento, economia e base de subsistência.

Os índices de letalidade verificados durante epidemias de sarampo são parti-

cularmente elevados quando o grupo atingido é deixado à própria sorte, sem cuidados médicos básicos. Nessas ocasiões, o tipo de resposta do grupo ante a epidemia, acionado com base em seu sistema de crenças e práticas médicas tradicionais, poderá ser de crucial importância para sua sobrevivência. Do ponto de vista epidemiológico, a resposta da população pode muitas vezes direcionar o curso da epidemia. Isso porque a forma pela qual os indivíduos percebem a origem da doença constitui um fator importante na determinação do tipo de comportamento assumido pelo grupo diante da epidemia.

Figura 1 – Representação sobre as práticas de cura em índios das Américas, mostrando importância conferida à sangria (ao fundo) e aos banhos

Fonte: Teodoro De Bry (1995).

Entre os Kaingáng, em meados dos anos 1940, a antropóloga Gioconda Mussolini observou que, como forma de se protegerem contra os espíritos de mortos recentes (a quem atribuem a capacidade de produzir doença e morte), os indivíduos se amontoavam na casa comunal, abandonando todos os serviços. As implicações desse comportamento durante uma epidemia de sarampo são óbvias, já que favorece sobremaneira o contato entre indivíduos sãos e doentes, além de comprometer seriamente o estado nutricional do grupo. A autora também relatou que uma outra maneira de se "protegerem" era fugir do local em que aconteceram as primeiras mortes, pois, segundo lhe foi relatado, "... o espírito que arrebatou o primeiro pode arrebatar outros índios".

A equipe de pesquisadores liderada pelo geneticista James Neel descreveu que, durante o surto de sarampo ocorrido entre os Yanomámi em 1968, vários indivíduos ainda assintomáticos, mas provavelmente passando pelo período de incubação da doença, deixavam suas malocas para fugirem da epidemia, espalhando-a assim por 15 outras aldeias num período de apenas dois meses. A crença de que tinham sido enfeitiçados por espíritos enviados pelos pajés-feiticeiros de aldeias vizinhas os levou a um quadro de completa resignação. Mesmo aqueles ainda não atingidos recolhiam-se às suas redes e aguardavam pela morte "inevitável".

Comportamento semelhante foi descrito por Darcy Ribeiro entre os Ka'apór (Urubu). Durante a epidemia que os atingiu em 1950, os habitantes da aldeia fugiram para a floresta imaginando tratar-se de um ser sobrenatural que atacara a aldeia e que poderia ser evitado caso fossem para longe. Ao encontrá-los dispersos na mata, Ribeiro descreveu um quadro desolador, em que muitos já morriam de fome e sede, e as mães, febris e inconscientes.

Extraído e adaptado de Coimbra Júnior (1987).

Outro aspecto relevante que surge com a literatura sobre saúde no passado das Américas é quanto à ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis. O estudo de populações recém-contatadas revela que sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* são praticamente inexistentes sob condições tradicionais de vida. Esse perfil se associa às características da alimentação indígena e também a um padrão de moderada a intensa atividade física.

É incorreto afirmar que não existiam doenças no continente americano antes da chegada dos europeus no final do século XV e início do XVI. Por certo as pessoas estavam expostas a muitos agravos. Não obstante, e aqui reside um ponto de grande relevância, era um conjunto de agravos distintos daquele que veio a se estabelecer a partir do contato com os colonizadores. Particularmente, houve a introdução de doenças potencialmente favorecedoras de epidemias (como sarampo, varíola, gripe), que tinham a capacidade de matar grandes contingentes populacionais em um curto período de tempo. Como veremos adiante, alterações verificadas no padrão de ocupação do espaço, na economia e na ecologia alimentar resultaram na sedentarização e no aumento da concentração populacional das aldeias e na dependência alimentar por produtos industrializados. Do ponto de vista epidemiológico, esses fatores guardam estreita relação com

a transmissão de determinadas doenças infecciosas, em particular aquelas veiculadas através da água e dos alimentos contaminados por microorganismos intestinais, e com a emergência de doenças metabólicas associadas ao consumo excessivo de açúcares e à obesidade.

A saúde indígena no presente

Nos dias atuais persiste um cenário no qual muito pouco se conhece sobre as condições de saúde dos povos indígenas, o que é particularmente grave diante da reconhecida condição de vulnerabilidade social a que estão sujeitos. Obviamente, hoje conhecemos bem mais sobre a saúde–doença dos povos indígenas se comparado às evidências disponíveis no passado.

POVOS INDÍGENAS E A "INVISIBILIDADE" DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, não se dispõe de informações detalhadas e confiáveis relativas aos mais básicos indicadores sociodemográficos dos povos indígenas, como taxa de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer ou principais causas de morbidade e mortalidade. São muitas as implicações de ordem prática decorrentes dessa carência de dados. Como direcionar políticas e planos de ação social para grupos que vivenciam situações de isolamento e marginalidade no contexto regional? Como avaliar o impacto de programas nacionais, como, por exemplo, o controle de endemias e a vacinação em grupos étnicos minoritários, com base em indicadores macrorregionais ou nacionais que não têm sensibilidade para detectar a dinâmica dos processos saúde/enfermidade em nível microrregional? Somente com a estruturação de um sistema de estatísticas contínuas, efetivamente confiável e com um maior refinamento metodológico do censo decenal e de outros mecanismos de coleta de dados, no que tange aos povos indígenas, será possível reverter essa danosa "invisibilidade", demográfica e epidemiológica, em que um dos efeitos mais adversos é impedir que se disponham de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando a dirimir situações de desigualdade em saúde.

Adaptado de Coimbra Júnior; Santos (2000).

Para refletir
Se você trabalha com povos indígenas, quais são as doenças mais comuns observadas em seu cotidiano de trabalho? Procure descrevê-las considerando faixa etária, sexo e ocupação a que possam estar relacionadas.

Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas os colocam em desvantagem perante outros segmentos da população brasileira. É o próprio Ministério da Saúde que corrobora esse diagnóstico, como destaca o documento referente à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

> Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais [...] Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirma a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 10).

Veremos esse assunto no Capítulo 3, "Políticas públicas em saúde para os povos indígenas".

Passados vários anos desde o início da implantação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (1999), este cenário continua predominante.

Até um passado recente, epidemias de viroses, como gripe e sarampo, chegavam a dizimar milhares de indígenas num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente o número de habitantes, o que comprometia a continuidade cultural e social dos grupos atingidos. A raridade de tais eventos no presente não elimina o peso exercido pelas doenças infecciosas no cotidiano da maioria dos povos indígenas. Infelizmente, a inexistência de um sistema de informação impede uma análise minimamente detalhada acerca da epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias nas populações indígenas, como também limita tentativas de avaliação de programas de controle das principais endemias. Até mesmo dados de cobertura vacinal são difíceis de serem obtidos.

No Capítulo 3, discutiremos melhor sobre os sistemas de informação voltados para a população indígena.

A tuberculose destaca-se como uma das principais endemias que acomete os povos indígenas no país. Sua importância deve-se não somente a seu peso histórico como fator de depopulação, como também à ampla

distribuição no presente. Durante a primeira metade da década de 1990 foram registrados pela Secretaria da Saúde de Rondônia 329 novos casos de tuberculose em indígenas (ESCOBAR et al., 2001). Essa cifra representa cerca de 10% do total de casos notificados em todo o estado no período, apesar do contingente indígena não alcançar 1% da população total de Rondônia. Um aspecto importante da epidemiologia da tuberculose nas populações indígenas é sua maior incidência em crianças e adolescentes, cerca de 30% a 50% dos casos notificados ocorrem em menores de 15 anos de idade (BARUZZI et al., 2001; BASTA et al., 2004; ESCOBAR et al., 2001).

A relevância da malária no perfil epidemiológico da população indígena é inquestionável. Grupos vivendo em certas áreas da Amazônia e do Centro-Oeste, em especial aquelas sob a influência de fluxos migratórios, atividades de mineração ou de implantação de projetos de desenvolvimento, são particularmente vulneráveis. Nesses contextos, elevadas taxas de morbidade e mortalidade por causa da malária têm sido observadas. O caso dos Yanomámi, ocorrido na segunda metade da década de 1980 e início da década de 1990, mereceu ampla cobertura da imprensa e é particularmente ilustrativo de uma epidemia de malária causada pela invasão de território indígena. A chegada de milhares de garimpeiros em Roraima não só alterou profundamente o ambiente, criando condições para a transmissão da malária, mas também introduziu variedades do parasita (em especial de *Plasmodium falciparum*) resistentes aos quimioterápicos usuais. Segundo Pithan, Confalonieri e Morgado (1991), durante a pior fase da epidemia, cerca de 40% dos óbitos registrados entre os Yanomámi internados na Casa do Índio de Boa Vista foram em razão da malária. Não há estatísticas confiáveis sobre o impacto da malária nas comunidades Yanomámi mais isoladas, mas se sabe que muitas pessoas morreram sem atendimento minimamente adequado.

Uma característica marcante da maioria das áreas indígenas é a precariedade das condições de saneamento. Raramente os postos indígenas, onde convivem funcionários administrativos, agentes de saúde, escolares e visitantes, dispõem de infra-estrutura sanitária adequada. É comum também a ausência de infra-estrutura destinada à coleta dos dejetos e a inexistência de água seguramente potável nas aldeias. Nesse cenário, não é de surpreender que as parasitoses e infecções intestinais sejam amplamente disseminadas.

Fotos 4, 5 e 6 – Condições ambientais e de saneamento em aldeias indígenas de diversas regiões do Brasil

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Fonte: Vídeo *Muita terra para pouco índio?*
(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2002).

Fonte: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

As condições ambientais favoráveis à transmissão de helmintos e protozoários intestinais são também aquelas que propiciam a contaminação da água de consumo e dos alimentos por enterobactérias e rotavírus. Em especial os rotavírus (considerados um dos mais importantes agentes de diarréia) têm sido amplamente referidos em inquéritos sorológicos realizados em populações indígenas amazônicas (LINHARES, 1992). O resultado imediato desse cenário marcado por condições ambientais facilitadoras da veiculação de infecções de transmissão hídrica é a elevada carga de doença e morte associada às gastroenterites, chegando a responder por quase metade das internações hospitalares de crianças indígenas e por até 60% das mortes em crianças menores de um ano.

As hepatites constituem importantes causas de morbidade e mortalidade entre os povos indígenas. Diversos inquéritos têm revelado elevadas prevalências de marcadores sorológicos para hepatite B. Por vezes, a presença de portadores crônicos do vírus é numericamente expressiva nas aldeias. Nesses casos, não é rara a presença de co-infecção pelo vírus Delta (HDV), ocasionando óbitos em razão de quadros graves de hepatite aguda. Por exemplo, entre os Mundurukú, no Pará, onde ocorreram vários óbitos por hepatite, Soares e Bensabath (1991) relataram que cerca de 50% dos indivíduos portadores do vírus da hepatite B também se apresentavam positivos para o vírus da hepatite D. A epidemiologia da hepatite C nas populações indígenas ainda não foi investigada sistematicamente.

Coimbra Júnior et al. (1996) chamam a atenção para a presença de inúmeras práticas culturais de cunho ritual, cosmético ou curativo (escarificações, tatuagens, sangrias etc.) por meio das quais pode ocorrer a transmissão dos vírus das hepatites B e D em sociedades indígenas. Tais práticas, aliadas à interação com garimpeiros, militares e outros agentes de frentes de expansão, colocam as populações indígenas (em especial alguns grupos) em condições particularmente vulneráveis para a transmissão não somente de hepatites, como também de outros vírus veiculáveis pelo sangue (ISHAK et al., 2003).

Apreende-se, portanto, que o contexto geral de mudanças socioculturais, econômicas e ambientais no qual se inserem os povos indígenas no Brasil de hoje tem grande potencialidade para influenciar seus perfis de saúde. O detalhamento anterior lista tão-somente uns poucos fragmentos de um quadro sanitário mais amplo, complexo e multifacetado que nos é, em grande medida, desconhecido. Dentre as doenças não mencionadas, sem tentar esgotar a questão, merecem atenção a esquistossomose e o tracoma entre indígenas no Nordeste, a hanseníase na população indígena em geral (sobre a qual não há praticamente informação no que pese essas populações estarem inseridas em contextos sociogeográficos de moderada a alta endemicidade) e a Aids (de norte a sul do país). O tema da saúde da mulher indígena tem sido pouquíssimo investigado, apesar das elevadas prevalências de infecções ginecológicas reportadas em alguns estudos (COIMBRA JÚNIOR; GARNELO, 2004).

Outra questão relevante no cenário da saúde dos povos indígenas diz respeito aos impactos das mudanças ambientais decorrentes da construção de barragens e hidrelétricas em suas terras ou nas proximidades, das

atividades extrativistas como o garimpo, ou mesmo da introdução de novas tecnologias agrícolas que envolvam a substituição do sistema de horticultura consorciada tradicional por monoculturas.

Para refletir
Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, quais foram os impactos das mudanças ambientais sobre a saúde das comunidades indígenas na região na qual você atua?

Koifman (2001) mapeia a localização das principais hidrelétricas no país e sua relação com as terras indígenas, chamando a atenção para os seus possíveis impactos sobre a saúde. O foco do autor é a associação entre exposição contínua aos campos eletromagnéticos gerados pelas redes de transmissão e determinados tipos de câncer. Outro agravo ambiental com conseqüências importantes para a saúde indígena decorre da contaminação pelo mercúrio utilizado em garimpos de ouro na Amazônia. Essa questão associa-se ao consumo de peixe (capaz de concentrar mercúrio orgânico em seu organismo), item importante na alimentação de muitos grupos indígenas, o que favorece a contaminação disseminada pelo mercúrio de indivíduos dos vários grupos etários e de ambos os sexos, mesmo nos casos em que os garimpos estejam situados fora da terra indígena propriamente dita (BRABO et al., 1999; SANTOS, E. et al., 2003).

Um aspecto contemporâneo importantíssimo da saúde indígena no país diz respeito à emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes tipo II. O surgimento desse grupo de doenças como elemento importante no perfil de morbidade e mortalidade indígena está estreitamente associado a modificações na subsistência, na alimentação e no padrão de atividade física que resultam da complexa interação entre mudanças socioculturais e econômicas. No bojo dessas mudanças, verifica-se que, concomitante à emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, há um crescente número de relatos sobre a ocorrência de transtornos psiquiátricos que, não raro, impactam sobre as comunidades de forma disseminada, incluindo jovens e adultos de ambos os sexos. Casos de suicídio, alcoolismo e drogadição vêm sendo reportados em número crescente de etnias. Observa-se também aumento importante das mortes por causas externas, sejam essas ocasionadas por acidentes automobilísticos e uso de maquinário agrícola, ou por violência – em muitos dos casos, assassinatos e mesmo massacres perpetrados por madeireiros, garimpeiros e outros invasores de terras indígenas.

A introdução do sal, as bebidas alcoólicas destiladas e os alimentos contendo elevados teores de gorduras, associados à redução dos níveis de atividade física, têm sido apontados como os principais fatores responsáveis pela emergência da obesidade e da hipertensão nas populações indígenas.

Para refletir

Você observa a emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial e obesidade, nas comunidades indígenas? Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, algum grupo etário ou de gênero lhe parece mais afetado?

O caso dos Xavánte em Mato Grosso ilustra bem esse processo. No início dos anos 1960, os Xavánte foram estudados por uma equipe constituída por médicos e antropólogos. Cerca de 30 anos depois, o mesmo grupo de índios foi reestudado e os resultados apontam claramente para uma tendência de aumento dos níveis tensionais sistólicos e diastólicos, além de uma correlação positiva entre pressão sistólica e idade, inexistente anteriormente (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002). Os autores desse estudo argumentam que, no curso de quase 50 anos de contato com a sociedade nacional, aconteceram mudanças no estilo de vida que predispuseram os Xavánte à hipertensão e a outras doenças cardiovasculares (DCVs). Por exemplo, houve significativo aumento nas médias do peso corporal dos adultos, bem como redução da atividade física. Atualmente, o arroz constitui a base da alimentação, e o sal é usado diariamente. Além disso, uma parcela expressiva dos homens fuma, o que não acontecia no passado.

A obesidade é um problema de saúde em ascensão nas populações indígenas. Dois casos ilustrativos das inter-relações entre mudanças socioeconômicas e ambientais e suas influências sobre o estado nutricional e composição corporal de adultos são aqueles dos Suruí de Rondônia (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 1996) e dos Xavánte (GUGELMIN; SANTOS, 2001). No final da década de 1980, estudo realizado em adultos Suruí revelou que os indivíduos que já não estavam diretamente envolvidos em atividades de subsistência "tradicionais" consumiam uma dieta que combinava alimentos industrializados pobres em fibras, com elevados teores de gorduras e açúcares, e apresentavam menores níveis de atividade física. Esses indivíduos exibiam médias de peso bem mais elevadas do que a população adulta Suruí em geral. As diferenças alcançavam 7,6 kg entre as mulheres e 5,7 kg entre os homens. Os autores concluíram que o segmento da população Suruí que ganhou mais peso

foi aquele mais diretamente envolvido com o cultivo de café e o comércio de madeira, ocasionando mudanças importantes na alimentação e nos padrões de atividade física. Gugelmin e Santos (2001) compararam duas comunidades Xavánte com diferentes trajetórias de contato com a sociedade não-indígena e demonstraram que as médias de peso eram significativamente mais elevadas onde as mudanças ambientais e socioeconômicas foram intensas.

O diabetes tipo II era desconhecido entre povos indígenas até a primeira metade do século XX. Sobretudo na América do Norte, tornou-se um dos mais sérios problemas de saúde em diversas sociedades, por vezes apresentando prevalências que superam aquelas reportadas para a população em geral. A redução da atividade física, o aumento na ingestão calórica e o desenvolvimento de obesidade têm sido apontados como os principais fatores associados à emergência dessa doença nas populações indígenas (VIEIRA FILHO, 1996).

Durante as décadas de 1970 e 1980, a imagem de índios obesos sofrendo de diabetes era estranha para a maioria dos antropólogos e médicos brasileiros. O grupo de pesquisa liderado por Roberto G. Baruzzi, que por várias décadas tem realizado pesquisas e provido assistência às populações indígenas do Parque do Xingu, conduziu vários inquéritos que não detectaram casos de diabetes ou obesidade (BARUZZI; FRANCO, 1981). Os povos indígenas Xinguanos são conhecidos por manterem-se aderidos a um sistema de subsistência e alimentar relativamente tradicional, apesar das mudanças verificadas nos últimos anos. Um panorama bem distinto, no entanto, foi observado por João Paulo B. Vieira Filho que, com base em anos de trabalho entre os Xavánte, sintetiza bem o problema:

> Quando iniciei minhas visitas anuais aos índios Xavantes de Sangradouro e São Marcos, há 20 anos, observei que eram delgados e com atividade física intensa, não havendo nenhum caso com sintomatologia de diabetes melito. [...] Nos últimos anos, têm ocorrido casos de diabetes com sintomatologia exuberante entre os Xavantes que se tornaram obesos (VIEIRA FILHO, 1996, p. 61).

Portanto, as mudanças nos perfis de adoecimento e morte que se observam nas populações indígenas no Brasil, com a rápida emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, tendem a adquirir maior visibilidade no futuro próximo, como reflexo da intensidade das mudanças

socioculturais, comportamentais e ambientais. Conhecer a dinâmica da transição em saúde dessas populações reveste-se de importância estratégica para orientar a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade dos programas e serviços destinados à assistência aos indígenas.

Saúde, cultura e enfermidade

Saúde e doença constituem processos de extrema complexidade, por conjugarem fatores biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, o que impossibilita estabelecer uma hierarquia entre eles.

Pode-se dizer, de um lado, que uma dimensão do processo de geração de conhecimento no campo da saúde é "universal". Por exemplo, os resultados de pesquisas em campos como imunologia, genética e farmacologia podem ser aplicados a qualquer contexto. De outro lado, outras abordagens igualmente importantes para o entendimento da complexidade dos fatores que se conjugam na determinação da saúde e da doença em uma dada população ou comunidade enfatizam a importância do "particular". É nesse contexto que entra a antropologia, ciência que nos ensina que o processo saúde–enfermidade de uma população é estreitamente associado a sua visão de mundo, a sua cultura.

Cultura – Há muitas definições possíveis do conceito de cultura. Segundo Helman (2003, p. 12):

"cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação a outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural. [...] Proporciona aos indivíduos um meio de transmitir suas diretrizes para a geração seguinte mediante o uso de símbolos, da linguagem, da arte e dos rituais. Em certa medida, a cultura pode ser vista como uma 'lente' herdada para que o indivíduo perceba e entenda o seu mundo e para que aprenda a viver nele".

Doença e morte constituem parte integral da experiência humana e, por conseguinte, da dinâmica de qualquer sociedade. Sem subestimar a importância dos fatores bioecológicos, socioeconômicos e políticos na determinação do processo saúde–enfermidade, a abordagem antropológica no estudo das doenças privilegia os fatores de ordem cultural.

No que pese o desenvolvimento das pesquisas no campo da antropologia médica (ou antropologia da saúde), prevalecem no planejamento e na execução dos programas e serviços de saúde as informações e diretrizes oriundas do campo biomédico. Como observa Elizabeth Uchoa e J. Vidal (1994), "os programas de saúde partem do pressuposto de que a informação gera uma transformação automática dos comportamentos das populações frente às doenças". Essa abordagem (reducionista) negligencia os diferentes fatores sociais e culturais que intervêm na adoção dos comportamentos ante a doença e os riscos de adoecer.

CULTURA, SOCIEDADE E OS SETORES DE CUIDADOS À SAÚDE

Para se analisar a oferta de saúde em um dado contexto local, o antropólogo e médico Arthur Kleinman propôs um esquema que apresenta a interatividade de três setores, que podem se sobrepor: familiar, popular (*ou folk*) e profissional (KLEINMAN, 1978). Em geral, é no setor familiar que as pessoas inicialmente se percebem e experimentam os sintomas da doença, decidindo o que fazer e se engajando em comportamentos de procura por cura. O setor popular caracteriza-se por não ser burocrático, constituindo-se de especialistas que não passaram necessariamente por treinamento universitário e que não têm profissão regulamentada. O reconhecimento e a legitimação pela comunidade são definidores de sua inserção e para o desempenho das atividades de "curador". Esse setor inclui parteiras, xamãs, pajés, rezadores, ervateiros etc. Finalmente, o setor profissional compreende as profissões de saúde organizadas burocraticamente, cujos profissionais passam por um treinamento formal, técnico ou universitário. Na maioria das sociedades, este setor é representado pela moderna medicina científica e demais profissões reconhecidas como da área da saúde (medicina, enfermagem, farmácia, nutrição etc.). A utilização alternada ou simultânea desses diferentes setores do sistema de cuidados caracteriza o que se denomina de "pluralismo médico".

O antropólogo Moacir Haverroth utilizou esse esquema de análise para estudar o tratamento da diarréia em crianças entre os Warí (Pakaánova), povo que vive em Rondônia, próximo da fronteira com a Bolívia (HAVERROTH, 2004).

Haverroth observou que os tratamentos caseiros constituem recurso importante, por vezes a única opção à qual as mães recorrem para tratar os filhos com diarréia. Os outros setores de cuidados são buscados de acordo com a percepção acerca da gravidade do episódio de diarréia e de sua possível causa, além da disponibilidade de recursos econômicos e de transporte. A eficácia terapêutica, entendida como a supressão dos sinais e sintomas, constitui um dos critérios mais importantes na determinação do itinerário terapêutico, ou seja, o roteiro seguido pelo doente e seus familiares na busca da cura.

Na esfera familiar, o uso de "remédios do mato" (cascas, raízes, sementes, folhas maceradas) é amplamente difundido entre os Warí, que podem ser administrados ao doente de forma combinada ou associada. Um remédio muito conhecido para o tratamento da diarréia é a planta chamada *ka karama*, a qual pode ser usada de várias formas. Trata-se de um tipo de cipó que, quando cortado, libera um líquido que deve ser bebido pelo doente. Ao mesmo tempo, o cipó pode ser amarrado à cintura do doente para ajudar na cura. Segundo os Warí, o corpo humano é percebido como cheio de "buracos", ou poros, através dos quais se dá a passagem tanto de remédios para o seu interior como a entrada e a eventual eliminação/expulsão de agentes causadores de doença.

Além de "remédios" propriamente ditos, há certas comidas, principalmente à base de aves, que são prescritas (ou seja, indicadas) para o doente não apenas como alimento, mas cujo caldo pode ser usado também como "banho" ou aplicado através de fricção. Porém, há animais que são proscritos (ou seja, proibidos) da alimentação do doente.

No caso das diarréias, a recorrência ao xamã não é comum entre os Warí, mas eventualmente ele pode ser consultado.

No presente, as famílias Warí fazem amplo uso de medicamentos industrializados, que podem ser facilmente adquiridos no posto de saúde da aldeia ou comprados diretamente no balcão de qualquer farmácia na cidade mais próxima.

Em síntese, o itinerário terapêutico de uma criança Warí com diarréia inicia no domicílio e, a partir daí, pode tomar vários rumos, mantendo-se dentro dos limites e recursos da aldeia (que inclui o posto de saúde) ou seguindo-se para a cidade mais próxima, Guajará-Mirim, onde está localizada uma Casa de Saúde do Índio mantida pela Funasa, assim como várias farmácias e clínicas que oferecem cuidados médicos especializados.

É importante frisar que a escolha e a busca de recursos terapêuticos para um evento particular de doença não são necessariamente excludentes, sendo possível o emprego de vários "remédios", simultaneamente ou não, de distintas origens (mato, xamã, posto de saúde, farmácia etc.). Ou seja, a experiência de estar doente insere-se em um dinâmico processo de pluralismo médico.

O reconhecimento e a percepção de sinais e sintomas são determinantes do comportamento do doente em relação à doença e ao seu grupo social, assim como do grupo social em relação ao doente. Há, portanto, uma "construção cultural" sobre a doença que independe do diagnóstico médico. O caso da hanseníase ilustra bem este ponto. Sob a ótica estritamente médica, é questão relativamente bem resolvida, já que sua etiologia, patogenia, diagnóstico e tratamento são conhecidos e padronizados. No entanto, a construção cultural da hanseníase leva, com freqüência, a uma visão muito diferente acerca da doença, estigmatizando o doente e trazendo, dentre outras conseqüências, a imposição de sérias barreiras à sua aceitação e integração no meio social.

Em relação ao modelo de atenção à saúde indígena corrente no Brasil, atentar para concepções culturais de corpo, saúde/doença, contágio, cura e prevenção é imperativo para que se assegure o sucesso das ações de saúde entre esses povos. Em tese se preconiza que o ideal seria conceber

Como vimos no Capítulo 1 deste livro, são centenas de etnias indígenas no país; o que nos permite falar em igual número de culturas indígenas.

programas e serviços de saúde específicos para cada povo ou sociedade, mas sabe-se que, na prática, tal abordagem é extremamente difícil, se considerarmos a complexidade do processo de formulação e execução de uma política nacional de saúde.

A tensão entre a tendência ao universalismo das ações de saúde e a especificidade (ou a particularidade) das demandas, que assume uma roupagem matizada segundo a cultura local, estará sempre presente. Esse reconhecimento é fundamental para que o cotidiano das práticas nos serviços de saúde seja pautado pelo respeito às diferentes formas de expressão e de comportamento diante dos agravos. Estamos falando, portanto, da necessidade de um exercício contínuo de relativismo cultural nas intervenções e nas reações dos profissionais de saúde que, em seu dia-a-dia, atendem pacientes etnicamente diferenciados. É fundamental, portanto, que se levem em conta os diferentes processos lógicos (por conseguinte, culturais) que caracterizam cada contexto.

RELATIVISMO CULTURAL

No final dos anos 1950, Benjamin Paul, um dos precursores dos estudos em antropologia da saúde, buscou ilustrar a centralidade do "relativismo cultural" no entendimento da determinação da saúde/doença. Paul parafraseou o famoso malariologista Samuel Darling, que se notabilizou por trabalhos de controle dessa endemia durante a construção do Canal do Panamá: "se você deseja controlar os mosquitos, deve aprender a pensar como um mosquito" (PAUL, 1955). Em outras palavras, para que se obtenha sucesso no combate a esses insetos, é importante conhecer detalhadamente seu comportamento reprodutivo, ciclo de picadas etc. Da mesma forma, se almejarmos trabalhar com sociedades humanas, é igualmente importante conhecermos seus hábitos, sistemas de crenças e práticas de saúde, conhecimentos sobre cura/prevenção e prioridades de saúde. Essa perspectiva ajuda a garantir a compreensão, a participação e o engajamento da comunidade nas ações de saúde.

Entre os povos indígenas no Brasil, saúde, doença e enfermidade estão intimamente relacionados ao conceito de "corpo" que não é o mesmo das sociedades ocidentais, estas fortemente pautadas pela racionalidade científica que entende o corpo como uma estrutura biológica que cresce, desenvolve-se e funciona como um sistema anátomo-fisiológico regulado biogeneticamente. Na visão indígena, trata-se de um "corpo" culturalmente construído, ou seja, que não se desenvolve ou sobrevive "naturalmente", mas que requer constantes intervenções sociais (exter-

nas), que poderão variar segundo sexo, idade, linhagem etc. Segundo Eduardo Viveiros de Castro, com base nas pesquisas que realizou entre os Yawalapiti do Alto Xingu,

> [o corpo humano] precisa ser submetido a processos intencionais, periódicos, de fabricação [...] tal fabricação é concebida dominante, mas não exclusivamente, como um conjunto sistemático de intervenções sobre as substâncias que comunicam o corpo e o mundo: fluidos corporais, alimentos, eméticos, tabaco, óleos e tinturas vegetais (CASTRO, E. V., 1981, p. 31).

A importância de intervenções externas sobre o corpo visando seu pleno desenvolvimento pode ser percebida em vários exemplos extraídos da literatura antropológica. A fecundação constitui um bom exemplo do que estamos falando. Como observa Seeger (1980), o entendimento de muitos povos indígenas sobre essa questão distancia-se do modelo ocidental, científico, segundo o qual o feto resulta da combinação de um gameta masculino (espermatozóide) e um gameta feminino (óvulo). Para os Suyá, os Araweté, os Yawalapiti e tantos outros povos indígenas, a criança se forma a partir do acúmulo de sêmen no útero, circunscrevendo o papel da mulher na concepção de um "receptáculo". A contribuição física, efetiva, da mãe dá-se após o nascimento, por meio da alimentação da criança. Nas palavras de Viveiros de Castro (1981, p. 33),

> a expressão "estou fazendo (meu filho)" é usada pelos Yawalapiti para explicar as ações de um homem [...] durante o período em que [este] constrói, por relações sexuais repetidas, o corpo da criança no corpo da mãe (CASTRO, 1981, p. 33).

Vê-se nesse exemplo a centralidade das intervenções sociais no processo de construção ou de fabricação do corpo humano, da "pessoa", nas sociedades indígenas.

Não pára na concepção e nascimento o processo de construção (sociocultural) do "corpo", da "pessoa". São bem conhecidos os rituais de reclusão aos quais são submetidos os adolescentes em diferentes sociedades indígenas, e que incluem tratamentos por vezes dolorosos que combinam rigorosas proibições alimentares, o uso de eméticos, a aplicação de sangrias, além de atividades físicas que podem ser extenuantes – como a bem conhecida caçada de fogo entre os Xavánte (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002; MAYBURY-LEWIS, 1967). Nas palavras de Viveiros de Castro,

Corpo – Se o entendimento corrente da antropologia em relação à perspectiva indígena de "corpo" leva-nos a uma concepção do corpo como lócus da construção da vida social, capaz de interligar diferentes domínios da cultura, faz sentido buscar entender os processos fisiológicos, como a alimentação, o adoecimento ou mesmo a cura, como processos sociais.

Em geral, os sistemas indígenas de interpretação das doenças articulam-se, de um lado, às múltiplas dimensões do indivíduo doente (que incluem, por exemplo, o descumprimento de proibições sexuais ou alimentares) e, de outro, aos poderes da sociedade e da natureza, externos a sua pessoa e ao seu grupo social imediato (por exemplo, o ataque de espíritos de animais e feitiços).

Doença, segundo Albert e Gomez (1997, p. 44), "constitui um fenômeno global pelo qual o doente, sua família e sua aldeia analisam e reconstroem suas relações com o mundo perigoso dos 'outros', humanos ou não-humanos, que os cerca". Para os familiares e afins, o que acontece a um de seus corpos pode afetar os demais, principalmente quando certos membros do grupo são percebidos como mais fracos ou vulneráveis, no caso de crianças e velhos. Dessa forma, doença e cura devem ser vistas como processos sociais que forçosamente irão incluir, para além do doente, seus familiares e afins.

> [para os Yawalapiti] toda reclusão é sempre concebida como uma mudança substantiva do corpo. Fica-se recluso, dizem, para "trocar o corpo", "mudar o corpo". Não apenas para isso, é certo: para formar, também, ou reformar, a personalidade ideal-adulta, sobretudo no caso da reclusão pubertária, a mais importante (CASTRO, E. V., 1981, p. 35).

Tais rituais constituem importantes marcadores de mudança, de transição, tendo como objetivo: fazer crescer "forte", fazer um adulto "bonito", mudar o corpo.

SAÚDE, DOENÇA E A NOÇÃO DE CORPO NAS COSMOLOGIAS INDÍGENAS

Entre os Suyá do Parque do Xingu, o antropólogo Anthony Seeger observa, por exemplo, que quando alguém apresenta um pé infeccionado (inchado e ardendo),

> o pai, a mãe, os irmãos e irmãs plenos, além de seus filhos, evitarão comer pimenta, sal, a carne avermelhada de determinado peixe, ou peixe com dentes afiados. Acredita-se que, uma vez que partilham basicamente da mesma substância corporal, quando um deles come essas comidas quentes, ou comidas da cor de fogo (vermelho), ou a carne do peixe com dentes pontiagudos, os efeitos (o calor, a pungência) serão sentidos pelo parente doente. Seu pé ficará mais vermelho, mais inchado, e ele terá dores agudas como se o dente de peixe estivesse nele (SEEGER, 1980, p. 129).

Para Julio C. Melatti (1976), um caso como esse ilustra o que designa "relações de substância", de extrema importância para se entender o sistema político, vida cerimonial, regras alimentares e práticas de cura indígenas. De acordo com essa lógica, pais, filhos e afins estão ligados por relações ou laços de identidade corporal que remontam a concepção que, em última instância, reduz o corpo a uma essência única – sêmen, criador, pai. Nos dizeres de um homem Suyá, ao esfregar seu corpo: "[...] é tudo sêmen" (SEEGER, 1980, p. 129).

Determinadas culturas indígenas elaboram praticamente toda e qualquer doença ou agravo (inclusive o que poderíamos chamar de "acidentes") baseados numa lógica xamânica. Por exemplo, a não observação de prescrições e proibições alimentares, sexuais e rituais (como o resguardo menstrual ou aquele do pós-parto) pode trazer doença não somente ao transgressor, mas também aos seus parentes próximos. Comumente é

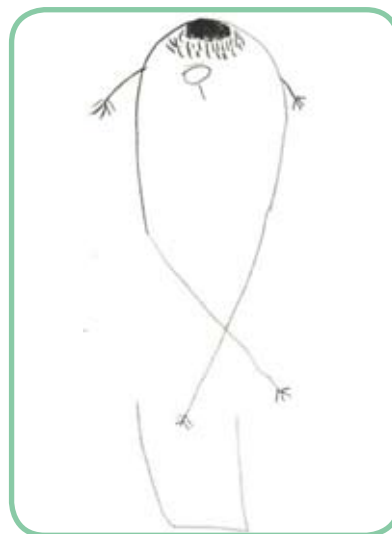
o xamã ou pajé quem intervém para restabelecer a ordem ou debelar a "doença", por meio de sessões rituais de cura da qual tomam parte, além do doente, familiares e afins.

Xamã é palavra que vem da língua siberiana tungue e designa aquele que faz a mediação entre o mundo humano e o mundo dos espíritos. Segundo a antropóloga Jean Langdon (1996, p. 26), o xamanismo constitui um "sistema cosmológico no qual, na sua expressão simbólica, o xamã é o mediador principal". Para a autora, as experiências extáticas constituem a base do poder xamânico e envolvem várias técnicas que incluem o uso de substâncias psicoativas, sonhos, cantos e danças, dentre outras.

Há situações em que o potencial humano de produzir o "mal" é preponderante sobre outros modelos explicativos de doença, recaindo sobre indivíduos pertencentes a outras aldeias ou facções (clãs, linhagens etc.) as acusações de feitiçaria. Entre os Yanomámi, visitantes de aldeias vizinhas são comumente "acusados de se vingar de atritos diversos (insultos, avareza, ciúme sexual, roubos) com uma feitiçaria baseada no uso de plantas e substâncias mágicas, em geral jogadas ou sopradas durante os encontros cerimoniais intercomunitários" (ALBERT; GÓMEZ, 1997, p. 45-46).

Figura 2 – Representação sobre as práticas de cura em índios das Américas, mostrando a ação de xamãs e o uso do tabaco e de outras ervas

Fonte: Teodoro De Bry (1995).

Figura 3 – Representação de um "espírito auxiliar" de uma xamã Suruí, desenhado pelo próprio xamã

Fonte: Carlos E. A. Coimbra Jr. (1980).

Espíritos maléficos associados a determinados locais na floresta, a quedas ou mesmo a picadas de cobras são percebidos como relacionados ao mundo sobrenatural. Em qualquer uma dessas situações, portanto, os Yanomámi recorrerão à cura xamânica (ALBERT; GÓMEZ, 1997; TAYLOR, 1996).

MALÁRIA E CULTURA ENTRE OS YANOMÁMI

Segundo o antropólogo Bruce Albert,

> [os Yanomámi fazem marcada diferença] entre doenças que afetam o indivíduo *(rããra)* e doenças que afetam a coletividade *(waiwai).* Assim, um caso isolado de coma malárico pode ser associado a uma agressão de espíritos xamânicos ou a um ataque de feiticeiros inimigos *oka,* enquanto crises de malária afetando vários membros de uma aldeia são interpretados como *xawara* (epidemia). Temos aqui um exemplo típico dos conflitos de interpretação entre medicina ocidental e etiologia Yanomámi que os profissionais de saúde podem encontrar no campo; conflitos que só podem ser resolvidos com diálogo intercultural. No caso, convencer a aceitar o tratamento antimalárico significa, ao mesmo tempo, admitir a relevância da etiologia indígena e persuadir os parentes do doente de que a malária é também uma das causas da doença. Uma confrontação direta com a interpretação xamânica só levaria ao conflito e ao fracasso terapêutico (ALBERT; GOMEZ, 1997, p. 49).

É importante frisar, no entanto, que nem todas as culturas indígenas recorrem igualmente ao xamã para intermediar os processos de cura. Na realidade, há sociedades que sequer possuem a figura do xamã como um especialista que se diferencia dos demais membros do grupo, ou, mesmo tendo o xamã, este não desempenha papel na cura ou prevenção das doenças. Segundo o antropólogo Marco Antônio Gonçalves, "[...] o xamanismo Pirahã não se insere como rito de cura, e as práticas terapêuticas estão **completamente ausentes** de seu contexto" (2001, p. 145, grifo nosso). Ao interceder junto aos demais seres do cosmos, o xamã Pirahã, por exemplo, desempenha papel estratégico nas guerras ao fornecer, aos guerreiros de seu grupo, informações sobre os inimigos.

Em outros grupos, os xamãs podem ter poderes diversos como, por exemplo, o de "controlar" as espécies (de animais e plantas). Entre os Tapirapé, Charles Wagley relata que os xamãs podem "copular" (durante o sonho) com as queixadas para aumentar o seu número e propiciar sucesso nas caçadas (WAGLEY, 1988, p. 189).

Portanto, nas "culturas xamânicas", o papel social do xamã transcende o de um "curador", desempenhando importante papel político, cerimonial e ritual. Insistimos nesse ponto porque se tornou corrente entre profissionais de saúde a noção segundo a qual o xamã seria o equivalente a um

"médico indígena" ou "tradicional". A Funasa tem promovido cursos e encontros de xamãs, pois entende que, assim fazendo, está promovendo a "medicina tradicional".

Ao longo deste Capítulo 2, vimos que a cultura constitui o arcabouço no qual é elaborado o complexo sistema de crenças e práticas de saúde. Aí se inserem os referenciais que permitem explicar, no âmbito de um sistema cultural específico, a etiologia, a sintomatologia, o prognóstico, a busca pela cura e pela prevenção das doenças. Tais referenciais são de fundamental importância na ordenação e explicação dos acontecimentos em torno do indivíduo e seu grupo social, dando-lhes sentido e servindo como linha de orientação para a tomada de decisões diante da doença e da morte.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Leia o estudo sobre a etnomedicina dos Baniwa, um povo da região do Alto Rio Negro, no Amazonas: *Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa,* de Luiza Garnelo e Robin Wright (2001), publicado nos *Cadernos de Saúde Pública,* v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001, cujos artigos estão todos disponíveis na página eletrônica do SciELO.

O estudo indicado trata da correlação entre a cosmologia do grupo, seu sistema de representações de doença e práticas de cura e as mudanças advindas do contato com os não-índios. Os autores observaram que o levantamento dos mitos explicativos da origem das doenças demonstrou a existência de diversas categorias tradicionais que orientam as práticas de cura e a incorporação dos saberes biomédicos.

Referências

ALBERT, B.; GOMEZ, G. G. *Saúde Yanomami:* um manual etnolingüístico. Belém: Museu Paraense Emilio Goeldi, 1997.

BARUZZI, R. G. et al. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 407-412, 2001.

______; FRANCO, L. J. Amerindians of Brazil. In: TROWELL, H. C. (Ed.); BURKITT, D. P. (Ed.). *Western diseases:* their emergence and prevention. Londres: Edward Arnold. 1981. p. 138-153.

BASSO, E. *The Kalapalo Indians of Central Brazil.* New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.

BASTA, P. C. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,* Uberaba, v. 37, n. 4, p. 338-342, 2004.

BRABO, E. S. et al. Níveis de mercúrio em peixes consumidos pela comunidade indígena Sai Cinza, na reserva Mundurukú, Município de Jacarecanga, Estado do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 325-331, 1999.

CASTRO, E. V. *Araweté:* os deuses canibais. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.

______. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero, 1981. p. 31-41.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre essas populações. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 22-37, 1987.

______. *Pahíter:* arte e vida Suruí. Ed. Especial. Brasília: Sobrindes, 1980.

______ et al. Hepatitis B epidemiology and cultural practices in Amerindian populations of Amazonia the Tupi-Mondé and the Xavante from Brazil. *Social Science & Medicine,* v. 42, n. 12, p. 1738-1743, 1996.

______ et al. *The xavante in transition:* health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil. Ann Arbor: Michigan University Press, 2002.

______; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S. (Org.); SANSONE, L. (Org.). *Etnicidade na América Latina:* um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

______; SANTOS, R. V. Ocupação do espaço, demografia e epidemiologia na América do Sul: a doença de Chagas entre populações indígenas. In: SANTOS, R. V. (Org.); COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Saúde e povos indígenas.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 43-62.

______; ______. Paleoepidemiologia e epidemiologia de populações indígenas brasileiras: possibilidades de aproximação. In: ARAÚJO, A. (Org.); FERREIRA, L. F. (Org.). *Paleopatologia e paleoepidemiologia*: estudos multidisciplinares. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992. p. 169-184 (Coleção Panorama ENPS, 4).

______; ______. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, n. 5, p. 125-132, 2000.

DE BRY, Teodoro. *America:* 1590-1634. [Gereon Sieverwich, ed.]. Madrid: Ediciones Siruela, 1995.

ESCOBAR, A. L. et al. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-298, 2001.

FRANCO, A. A. M. de. *O índio brasileiro e a Revolução Francesa.* Rio de Janeiro: J. Olympio, 1937.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.* 2. ed. Brasília, 2002.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200003&lng=pt&nrm=iso>.

GÓMEZ I PRAT, J.; SOUZA, S. M. Prehistoric tuberculosis in America: adding comments to a literature review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,* Rio de Janeiro, v. 98, p. 151-159, 2003. Suplemento 1.

GONÇALVES, M. A. *O mundo inacabado:* ação e criação em uma cosmologia Amazônica: etnografia pirahã. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2001.

GONÇALVES, M. L. C.; ARAÚJO, A.; FERREIRA, L. F. Human intestinal parasites in the past: new findings and a review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,* Rio de Janeiro, v. 98, p. 103-118, 2003. Suplemento 1.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313-322, 2001.

HAVERROTH, M. *O contexto cultural das doenças diarréicas entre os Wari', Estado de Rondônia, Brasil:* interfaces entre antropologia e saúde pública. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

ISHAK, R. et al. Epidemiological aspects of retrovirus (HTLV) infection among Indian populations in the Amazon Region of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 901-914, 2003.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, v. 12, n. 2, p. 85-93, 1978.

KOIFMAN, S. Geração e transmissão de energia elétrica: impacto sobre os povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 413-423, 2001.

LANGDON, E. J. M. Xamanismo: velhas e novas perspectives. In: LANGDON, E. J. M. (Org.). *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas.* Florianópolis: Ed. da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. p. 9-37.

LEITE, M. S. et al. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavánte, Mato Grosso. In: COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.); SANTOS, R. V. (Org.); ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 105-125.

LINHARES, A. C. Epidemiologia das infecções diarréicas entre populações indígenas da Amazônia. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 121-128, 1992.

MARTIUS, K. F. P. von. *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros.* 2. ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1979.

MAYBURY-LEWIS, D. *Akwe-Shavante society*. Oxford: Clarendon Press, 1967.

MCCALLUM, C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. (Org.); RABELO, M. C. (Org.). *Antropologia da Saúde:* traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Relume Dumará, 1998. p. 215-245.

MELATTI, J. C. Nominadores e genitores: um aspecto do dualismo Krahó. In: SCHADEN, E. (Org.). *Leituras de etnologia brasileira.* São Paulo: Ed. Nacional, 1976. p. 139-148.

PAUL, B. (Ed.). *Health, culture and community:* case studies of public reactions to health programs. New York: Russel Sage Foundation, 1955.

PITHAN, O.; CONFALONIERI, U.; MORGADO, A. A situação de saúde dos índios Yanomámi: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 563-580, 1991.

SANTOS, E. C. O. et al. Diagnóstico das condições de saúde de uma comunidade garimpeira na região do Rio Tapajós, Itaituba, Pará, Brasil, 1992. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-225, 1995.

______ et al. Avaliação dos níveis de exposição ao mercúrio entre índios Pakaanóva, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 199-206, 2003.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of southwestern Amazonia. *Current Anthropology,* v. 37, n. 5, p. 851-856, 1996.

SEEGER, A. *Os índios e nós:* estudos sobre sociedades tribais brasileiras. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

______. *Nature and society in Central Brazil:* the Suyá Indians of Mato Grosso. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

SOARES, M. C.; BENSABATH, G. Tribos indígenas da Amazônia Oriental como população de risco para a hepatite D (Delta). *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo,* v. 33, n. 3, p. 241-242, 1991.

SOUZA, S. M.; ARAÚJO, A.; FERREIRA, L. F. Saúde e doença em grupos indígenas pré-históricos do Brasil: paleopatologia e paleoparasitologia. In: SANTOS, R. V. (Org.); COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Saúde e povos indígenas.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 21-42.

TAYLOR, K. I. A geografia dos espíritos: o xamanismo entre os Yanomámi setentrionais. In: LANGDON, E. J. M. (Org.). *Xamanismo no Brasil:* novas perspectivas. Florianópolis: Ed. da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. p. 118-151.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VIEIRA FILHO, J. P. B. Emergência do diabetes melito tipo II entre os Xavántes. *Revista da Associação Médica Brasileira,* São Paulo, v. 42, p. 61, 1996.

WAGLEY, C. *Lágrimas de boas-vindas:* os índios Tapirapé do Brasil Central. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1988.

3. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas

Andrey Moreira Cardoso
Ricardo Ventura Santos
Carlos E. A. Coimbra Jr.

Este capítulo pretende aproximar o leitor da construção da política de saúde indígena nas últimas décadas. Aqui serão discutidos os desafios para a implementação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Concebida como um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), o aspecto central dessa política é a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Como veremos, um dos grandes desafios para a implementação do modelo é estruturá-lo – pois envolve centenas de milhares de usuários e agências governamentais e não-governamentais – sem perder de vista a sociodiversidade indígena existente no país, bem como o respeito ao pluralismo cultural.

A trajetória da atenção à saúde indígena

Ainda que no início do século XX, em 1910, tenha sido criado um órgão específico para lidar com a questão indígena no país – o SPI – (LIMA, 1995), somente décadas depois foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma sistemática. A iniciativa mais próxima nessa direção resultou da atuação de um médico, Noel Nutels, que conheceu a realidade da saúde indígena com a expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central (FBC) na década de 1940. Na ocasião, Nutels visitou os Xavánte no Rio das Mortes, assim como algumas aldeias do Alto Xingu e da ilha de Bananal, no Rio Araguaia, ficando alarmado com a situação da tuberculose (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002; COSTA, 1987).

Em 1952, Nutels elaborou um plano para a "defesa do índio brasileiro contra a tuberculose", no qual destacou a importância de serem criadas "barreiras sanitárias" no entorno dos territórios indígenas. Dessa forma, aqueles que ingressassem em terras indígenas seriam submetidos a rigoroso controle de saúde, com ênfase nas doenças contagiosas. Nutels frisava que os problemas de saúde dos índios estavam intimamente relacionados com as condições gerais de pobreza e saúde reinantes na área rural do país. Reconhecendo a importância das doenças endêmicas que poderiam ser facilmente transmitidas aos indígenas (malária, tuberculose, hanseníase, entre outras), o plano de Nutels incluía a implementação de medidas sociais amplas que não se restringiam a intervenções médico-curativas e somente aos povos indígenas, mas também contemplaria a população sertaneja (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002).

Embora o plano de Nutels tenha sido bem recebido pelo Ministério da Saúde, somente foi posto em ação em 1956, com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose. Uma vez estabelecido, o Susa rapidamente expandiu suas operações para além do campo de ação da FBC, alcançando indígenas em regiões tão diversas como o sul do Mato Grosso, o Alto Rio Negro e outras áreas da Amazônia. O trabalho das equipes do Susa priorizava o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas endêmicas, com ênfase na tuberculose.

Apesar dos esforços do pequeno grupo de idealistas liderados por Nutels, o Susa, dadas a própria extensão territorial do país, a insuficiência de recursos e a complexidade da questão da saúde nacional, não conseguiu reverter a gravidade do quadro de saúde da população rural em geral e da indígena em particular. Não obstante, em algumas situações de epidemia entre indígenas, a intervenção do Susa foi definidora, contribuindo para a redução da mortalidade.

Quando o SPI foi extinto em 1967 e criada a Funai, uma divisão da saúde foi implementada dentro da nova agência. Os serviços de saúde da Funai foram organizados em torno do conceito que surgiu com o Susa, o de Equipes Volantes de Saúde (EVS), instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da Funai. Em tese, cada EVS deveria ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, e dispor de meios de transporte para levá-la a visitas periódicas a aldeias indígenas sob sua jurisdição. O suporte na cidade

seria oferecido pelas "Casas do Índio", que serviam para abrigar pacientes indígenas durante períodos de permanência na cidade por motivo de consulta, tratamento e convalescença. Ligadas aos postos da Funai nas aldeias, havia pequenas estruturas, designadas de "enfermarias", que, salvo exceções, na prática não passavam de precárias "farmácias" com estoque irregular de medicamentos, sob a responsabilidade de um auxiliar de enfermagem ou raramente de um enfermeiro.

Não obstante a palavra "volante", que dava nome às equipes de saúde da Funai, sugerindo velocidade e mobilidade, os custos operacionais das EVS eram altos e suas ações geralmente de baixo impacto do ponto de vista da saúde pública. Nas regiões de mais difícil acesso, havia necessidade do fretamento de aviões e helicópteros. As equipes, que freqüentemente não tinham medicamentos e o mais básico equipamento médico, também sofriam com a escassez crônica de pessoal.

A atenção primária à saúde oferecida nas aldeias era de reduzida eficácia e, em larga medida, centrada na distribuição de medicamentos. As precárias condições de vida enfrentadas pelos funcionários nos postos da Funai, juntamente com os baixos salários, desencorajavam pessoas a seguir uma carreira no órgão. Todos esses fatores levavam a uma alta rotatividade dos profissionais de saúde, tanto nos postos como nas EVS. Não raro, tratamentos de longa duração eram interrompidos, às vezes por muitos meses, até que um funcionário pudesse ser reposto. Isso era particularmente sério no caso da tuberculose, uma vez que interrupções constantes na medicação podem levar à resistência bacteriana. Com o passar do tempo, a falência do atendimento à saúde nas aldeias colocou sob crescente pressão as Casas do Índio nas cidades, cuja infra-estrutura permaneceu constantemente sobrecarregada pelo influxo de grande número de pacientes.

Nas décadas de 1980 e 1990, a Funai passou por um período de grande instabilidade política. O atendimento à saúde nas áreas indígenas tornou-se ainda mais desorganizado e esporádico. Nesse período, as medidas mais elementares de saúde, como vacinação, sofreram descontinuidade, com sérias implicações para a saúde indígena.

Com base nessa breve sistematização da trajetória da saúde indígena no século XX, fica evidente que não houve propriamente uma política de saúde indígena no país. As iniciativas planejadas e levadas a cabo pelo

Para aprofundar e detalhar o tema em estudo leia a Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080, de 1990 – disponível no site do Ministério da Saúde.

órgão indigenista eram isoladas, correndo em paralelo à saúde pública da população não-indígena em geral. Em outras palavras, não havia integração entre os serviços e, na maioria das vezes, os programas nacionais coordenados por setores do Ministério da Saúde não estendiam o atendimento aos indígenas, já que a Funai centralizava todas as iniciativas no campo da saúde dos povos indígenas.

Para refletir

Se você é profissional da área de saúde indígena, verifique, no cotidiano de seu trabalho, o profissional mais antigo com experiência na atenção aos povos indígenas. Entreviste-o e identifique os principais pontos de sua trajetória profissional, bem como os efeitos dos contextos políticos e históricos sobre seu trabalho ao longo do tempo.

O Sistema Único de Saúde

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 1990) dispõe sobre a organização e o funcionamento do SUS. Nesta lei – Título I; Art. 2 – está posto "que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (BRASIL, 1990). Ela determina ainda que tais condições devem ser providas por meio de:

> formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, Título I; Art. 2º, § 1º).

Na citada Lei, são apontados como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros. Para dar cabo da complexidade das necessidades de saúde dos cidadãos, o SUS articula um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

O SUS executa as ações de saúde no ambiente regionalizado e hierarquizado de serviços, priorizando a atuação no âmbito municipal. Essas ações seguem os princípios e as diretrizes da universalidade do acesso em todos os níveis de assistência, da integralidade da assistência e da eqüidade, com base no conhecimento epidemiológico das necessidades de saúde, devendo ter a participação da comunidade.

Universalidade do acesso significa que todas as pessoas têm direito ao atendimento nos serviços de saúde, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, entre outros, em todos os níveis de assistência (primária, secundária e terciária).

Integralidade da assistência representa um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (primário, secundário e terciário).

Eqüidade é a oportunidade no consumo de bens e serviços de saúde correspondente às necessidades de cada indivíduo ou grupo de indivíduos. A eqüidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos suficientes para suas necessidades de saúde. Portanto, a iniqüidade ocorre quando grupos com distintas características sociais e demográficas, tais como renda, educação ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde que não correspondem às suas necessidades.

Entre os objetivos e atribuições do SUS, destacam-se a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e a assistência às pessoas, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, além das ações de vigilância em saúde.

Por serem os problemas de saúde de natureza complexa e multicausal, a organização e gestão do SUS prevê a criação de comissões intersetoriais nacionais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil, que têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

O texto a seguir oferece uma visão geral da abrangência e do funcionamento do SUS.

SUS é o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população. Está definido na Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) como:

> o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (BRASIL, 1990).

A direção do SUS, de acordo com o inciso I do Art. 198 da Constituição Federal, é única, sendo exercida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde; em âmbito estadual e no Distrito Federal pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito municipal pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei n. 8.142/90, que dispõe, entre outros assuntos, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece, no seu Art. 1°, que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde, que deverá ser convocada pelo menos a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis nacional,

Promoção da saúde incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda educação etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética etc.). Promover saúde é atuar intersetorialmente e com a participação da comunidade, incrementando sua capacidade de controlar e intervir nos condicionantes e determinantes do processo saúde–doença, evitando exposições ao risco de adoecer. É a atuação mais precoce que se pode conceber na história natural das doenças e agravos à saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida e da saúde.

Proteção da saúde corresponde à aplicação de medidas destinadas a prevenir o adoecimento por determinado agravo, por meio da interrupção de suas causas ou cessação da exposição aos riscos.

Recuperação da saúde atua, em comparação com a proteção da saúde, em momento mais avançado na história natural das doenças, onde já existe o dano (doença ou agravo). A recuperação envolve ações que evitam as mortes das pessoas doentes e as seqüelas, buscando recuperar os danos e/ou prevenir suas seqüelas, trazendo as pessoas ao estado de saúde. Essa etapa envolve o atendimento ambulatorial básico e especializado ao paciente, referindo-se à assistência propriamente dita.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, é permitida a participação da iniciativa privada em caráter complementar.

estadual e municipal; e o Conselho de Saúde, órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com a finalidade de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde. Suas decisões requerem a homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A formulação da atual política de saúde indígena

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária a ser implementada com o SUS. Concomitante à 8ª CNS, houve a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nessa oportunidade, recomendou-se que a saúde indígena deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. Essa perspectiva foi reafirmada durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando foi aprovado um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado – um subsistema de saúde articulado ao SUS – e organizado em distritos sanitários especiais (Quadros 1 e 2).

Em 1993, a 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas definiu as diretrizes da Política Nacional de Saúde para a população indígena, além de atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional. Em 1996, aconteceu a 10ª Conferência Nacional de Saúde, durante a qual foi aprovada a regulamentação e a implantação de distritos sanitários como unidades organizacionais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Quadro 2).

Quadro 1 – Principais marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil

Temas/Documentos	Assuntos
Decreto n. 23/1991	Transfere da Funai para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para os povos indígenas.
Decreto n. 1.141/1994	Constitui a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) e devolve a coordenação da saúde indígena para a Funai, que fica responsável pelo componente curativo enquanto o Ministério da Saúde se encarrega das ações de prevenção (revoga o Decreto n° 23/1991).
Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com indicação sobre a especificidade dos povos indígenas.
Lei n. 9.836/1999 ou Lei Arouca	Institui, no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.

Quadro 1 – Principais marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil (cont.)

Temas/Documentos	Assuntos
Portaria n. 852/1999 do Ministério da Saúde	Cria os DSEI.
Portaria n. 1.163/1999 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
Resolução n. 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova as normas para pesquisas envolvendo seres humanos na área da saúde indígena.
Portaria n. 479/2001 da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)	Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em área indígenas.
Portaria n. 254/2002 do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
Portaria n. 69/2004 da Fundação Nacional da Saúde (Funasa)	Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Funasa.
Portaria n. 70/2004 da Fundação Nacional da Saúde (Funasa)	Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Fonte: Instituto Socioambiental (2005) e Magalhães (2005).

Quadro 2 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena e principais objetivos

Ano	Temas/Documentos	Assuntos
1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, Distrito Federal)	Propor e discutir diretrizes relativas à saúde indígena.
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (Luziânia, Goiás)	Definir diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em conformidade com o SUS.
2001	3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Luziânia, Goiás)	Avaliar a implantação dos DSEI e discutir questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentação.
2006	4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Caldas Novas, Goiás)	Debater a produção da saúde, a proteção da vida e a valorização das tradições indígenas no território dos DSEI.

Nota: Quadro construído a partir do *Relatório preliminar da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena* (2006) e da Fundação Nacional de Saúde (2006).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001, teve como objetivo avaliar a implantação dos DSEI e discutir questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentação. Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, debateu o território dos DSEI como espaço de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições indígenas. Nessa oportunidade, foi aprovada na plenária final a permanência da Funasa como órgão gestor da saúde indígena, assim como a autonomia política, financeira e técnico-administrativa dos DSEI.

Foto1 – Votação dos delegados na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Caldas Novas (GO), 2006

Fonte: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

É importante frisar que a intensa mobilização em torno da elaboração de uma política de saúde indígena a partir de meados da década de 1980 veio associada ao envolvimento de diferentes órgãos, o que se deu através da extinção, criação e fusão de estruturas por vezes de forma conflituosa. Assim, as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio levaram à transferência, em 1991, através do Decreto Ministerial n. 23/1991, da coordenação da saúde indígena da Funai, do Ministério da Justiça, para a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passou a ser responsável pela saúde indígena. Nesse contexto se estabeleceu uma relação tensa entre a Funai e a FNS. Em 1994, o Decreto n. 23/1991 foi revogado e, através do Decreto Ministerial n. 1.141/1994, a Funai retomou o controle das ações de saúde indígena. Ficou estabelecido um impasse entre as duas instituições, o que resultou, no mesmo ano, nas atribuições à FNS da responsabilidade pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos e à Funai das ações de assistência médico-sanitária.

Em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a permanência da coordenação da saúde indígena no Ministério da Justiça, ao qual está vinculada a Funai. A disputa entre instituições quanto à gestão da saúde indígena só foi superada com a aprovação da chamada Lei Arouca – Lei n. 9.836 em 1999 (BRASIL, 1999b). Essa lei estabeleceu

o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, acrescentando dispositivos à Lei n. 8.080, que legislava, em termos genéricos, sobre o direito dessas minorias à saúde. Esse subsistema passou a responder pelas ações básicas de saúde nas áreas indígenas, de acordo com as diretrizes do SUS, devendo, portanto, articular-se de forma hierarquizada e integrada aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde.

Paulatinamente, o subsistema foi estruturado na conformação atual, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde, o qual repassou para a antiga FNS, agora denominada Funasa, a responsabilidade pela gestão e execução das ações de saúde. Ainda em 1999, o Decreto n. 3.156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ao dispor sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS (BRASIL, 1999a).

A partir de 2000 foram publicadas diversas portarias governamentais que tiveram o objetivo de regulamentar aspectos específicos do funcionamento do atual modelo de atenção à saúde indígena (Quadro 1). A Portaria n. 70/2004 do Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2004). Segundo essas diretrizes, deve-se assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde. O gestor federal (Funasa) deve considerar as realidades locais e as especificidades da cultura dos povos indígenas para organizar o modelo de atenção, orientado por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

A conformação do modelo de atenção à saúde indígena

Em sua conformação atual, fruto das discussões travadas ao longo das várias Conferências Nacionais de Saúde Indígena, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de DSEI. Como um subsistema, deve funcionar articulado ao SUS, atendendo às seguintes condições: considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são definidos como espaços étnico-culturais dinâmicos, geográficos, populacionais e administrativos bem delimitados, que não guardam relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa da Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Outros profissionais, de saúde ou não, podem atuar juntamente com a EMSI no território distrital, de acordo com a realidade local.

construído coletivamente com base em um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão.

Cada DSEI dispõe de uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, que deve funcionar de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS (Figura 1).

Figura 1 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contra-referência

Nota: Modelo elaborado com base nos documentos Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002) e Portaria n. 1.088/2005 do Ministério da Saúde. Trata-se de um modelo geral, que pode não se aplicar exatamente a todas as realidades existentes no país, já que o SUS (subsistema e redes municipais e estaduais de saúde) possui distintos graus de implementação, organização e integração da rede de serviços, dependendo da localidade.

A rede de serviços de um DSEI prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em pólos-base. As casas de saúde do índio, sob responsabilidade da Funasa, também integram a rede de referência do subsistema, servindo para abrigar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias.

Pólos-base podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência; no último caso, corresponde a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município. Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias, e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e a supervisão dos AIS. Os pólos-base estão estruturados como unidades básicas de saúde e contam com a atuação de equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta principalmente por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem.

Fotos 2, 3 e 4 – Atenção básica de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Fonte das fotos: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

O financiamento dos distritos é majoritariamente público, composto por recursos orçamentários do Ministério da Saúde, eventualmente complementados pelos estados e municípios em cujos territórios vivem povos indígenas. Pode receber também contribuições de organizações de cooperação mútua internacional e da iniciativa privada. A distribuição desses recursos é feita segundo critérios populacionais, perfil epidemiológico e características geográficas. Quanto à execução das ações de atenção à saúde, podem ser realizadas de forma direta pela Funasa, ou pelos estados ou municípios; ou indireta, por organizações não-governamentais, organizações indígenas e, mais recentemente, fundações universitárias.

O controle social no subsistema, no âmbito nacional, é viabilizado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde. Essa comissão é composta por representantes da Funai, da Funasa, das instituições de ensino e pesquisa e das orga-

nizações indígenas, tendo função consultiva. Localmente, esse controle deve ser exercido pelos conselhos distritais e locais de saúde indígena. Os conselhos distritais têm caráter deliberativo e composição paritária de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, possuindo como atribuições aprovar o plano distrital, avaliar a execução das ações de saúde e apreciar a prestação de contas dos órgãos executores. Os conselhos locais, de caráter consultivo, são compostos unicamente por representantes indígenas nos pólos-base, tendo como atribuições avaliar as ações e os serviços de saúde, indicar conselheiros para outras instâncias de controle social e atuar ao lado de gestores locais para viabilizar a assistência à saúde.

Recentemente, foi instituído, por meio da Portaria n. 644/2006, o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, instância de caráter consultivo, propositivo e analítico. Constitui-se na instância máxima de assessoramento da Funasa nas questões relativas à saúde indígena.

Foto 5 – 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Caldas Novas (GO), 2006

Fonte: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

Em 2000, como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). Esse sistema visa a coleta, o processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura. Apesar de promis-

sor, os relatórios produzidos pela Funasa com base nos dados do Siasi, assim como as análises sobre a alimentação e o uso do sistema pelos profissionais dos distritos, sugerem a baixa confiabilidade dos dados. Infelizmente, o Siasi, por razões diversas, não vem cumprindo o papel esperado de fornecer informações confiáveis para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações da saúde (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Desde 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem sido composto de 34 DSEI (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos DSEI no território nacional

Fonte: Funasa (2007). Atualizado de acordo com a Portaria n. 18/10 GM/MS (2006).

Passados sete anos, está em curso um processo de reestruturação dos distritos, o que decorre de demandas políticas e operacionais. Como a saúde indígena é desenvolvida mediante a atuação de diversas instituições, sendo coordenada pelo governo federal (por intermédio da Funasa), mas implementada em nível local, em territórios distritais, com formas diversas de execução das ações de saúde (por organizações não-governamentais, prefeituras etc.), produzem-se conflitos de ordem

diversa, desde a concepção teórica do modelo até divergências de cunho político-partidário. Desse mosaico surgem, continuamente, propostas de modificação da conformação atual dos DSEI, assunto intensamente debatido na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006.

Desafios da implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A organização e implantação dos DSEI envolveu um grande aporte de recursos humanos e financeiros. Entre 1999 e 2004, o orçamento federal para saúde indígena a cada ano variou de 180 a 250 milhões de reais, com uma aplicação *per capita* de aproximadamente R$ 500,00 por ano. Proporcionalmente, esses valores representaram um investimento *per capita* três vezes maior do que o gasto em saúde para a população brasileira (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

Não obstante os investimentos financeiros, a insuficiência de recursos humanos apresentou-se como um dos maiores obstáculos para a recém-implantada política. Uma vez que a Funasa não dispunha de pessoal para atuar nos DSEI, a alternativa encontrada para sua implantação foi, conforme já vimos, contratar os serviços de terceiros para realizar o trabalho de saúde nas aldeias. Para tal, foi criada a complementaridade do atendimento, chamada de "parcerias", com estados, municípios, organizações não-governamentais e organizações indígenas, com o repasse de recursos da União para essas instituições.

O processo de distritalização obteve avanços na extensão de cobertura e no financiamento da saúde indígena. Não obstante, apesar das diretrizes políticas do subsistema, é patente que o princípio de uma atenção "culturalmente diferenciada" não tem sido posto em prática; soma-se a isso a irregularidade e a baixa qualidade dos serviços prestados. Alguns desses problemas decorrem das insuficiências da gestão feita pela Funasa, particularmente aqueles ligados à rotatividade dos recursos humanos nos DSEI e à inadequação do modelo dos convênios para viabilizar uma provisão regular e organizada de serviços. Frise-se ainda que, em muitas áreas, praticamente o único prestador de serviços de saúde presente nas aldeias é o agente indígena de saúde que, salvo exceção, carece de supervisão e treinamento continuado (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; LANGDON, 2000).

As práticas sanitárias na saúde indígena vêm se caracterizando pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações intersetoriais capazes de garantir, por exemplo, segurança alimentar e adequadas condições de saneamento, distanciando-se do princípio da integralidade. Os documentos normativos do subsistema repetem princípios genéricos de ação que não se traduzem em atividades concretas nas programações anuais de atividades dos DSEI. Um exemplo diz respeito ao reconhecimento e ao fortalecimento dos sistemas de medicinas tradicionais e sua articulação com os serviços de saúde ofertados; embora recomendado, tal reconhecimento não se efetiva nas práticas cotidianas das equipes de saúde indígena. Além disso, continuam a vigorar programações baseadas no modelo campanhista de assistência à saúde, caracterizadas pelo deslocamento irregular de equipes de saúde para as aldeias, nos moldes das antigas EVS. Essa estratégia impossibilita uma atenção contínua, integrada e capaz de responder às necessidades de saúde dos povos indígenas (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; LANGDON, 2000).

Particularmente na Amazônia, a Funasa firmou vários convênios com associações indígenas, o que tem gerado grande impacto sobre a mobilização política dessas entidades. De um lado, a parceria contribuiu para superar o caráter tutelar das relações das instituições públicas com as sociedades indígenas. De outro, a assimetria de poder que caracteriza uma parceria com o Estado tende a provocar um atrelamento das lideranças indígenas às prioridades do poder público, muitas vezes incongruentes com as necessidades das populações representadas pelo movimento indígena. Além disso, a flutuação no custeio e na estratégia de gestão do subsistema de saúde indígena inviabilizou a organização de um sistema de referência e contra-referência para o SUS e não solucionou a falta de agilidade no repasse de recursos para os DSEI e a carência de profissionais, gerando conflitos trabalhistas e ônus políticos, que recaem sobre as prestadoras de serviços e prejudicam, particularmente, a credibilidade política das conveniadas indígenas (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; GARNELO; SAMPAIO, 2005).

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Após a leitura desse capítulo, você deve estar com muitas idéias e/ou dúvidas sobre os problemas, dificuldades, limites e conquistas vivenciadas em sua prática de trabalho.

Aprofunde suas reflexões a partir do estudo dos seguintes materiais:

- A *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*, da Funasa (2002), disponível no site do Ministério da Saúde.
- O artigo "Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas", de Maria de Betania Garcia Chaves, Andrey Moreira Cardoso e Celia Almeida (2006), publicado em *Cadernos de Saúde Pública,* v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.
- O registro em vídeo do debate sobre a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, do Canal Saúde/Fiocruz (2006), disponível para compra no site do Canal Saúde, sob o número de identificação 528.

Referências

BRASIL. *Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999.* Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Leis/L9836.htm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. *Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973.* Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. *Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999.* Diário Oficial da União, Brasília, 24 set. 1999b. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Leis/L9836.htm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. Ministério da Saúde. Portaria n. 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União,* Brasília, 22 jan. 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-70.htm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. ______. Portaria n. 1.088/GM, de 4 de julho de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 jul. 2005. Seção I, p. 62-63.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, fev. 2006.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. et al. *The Xavante in transition:* health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil. Ann Arbor: Michigan University Press, 2002.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, dez. 1987.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Conferências nacionais de saúde indígena:* relatórios finais. Brasília, 2006.

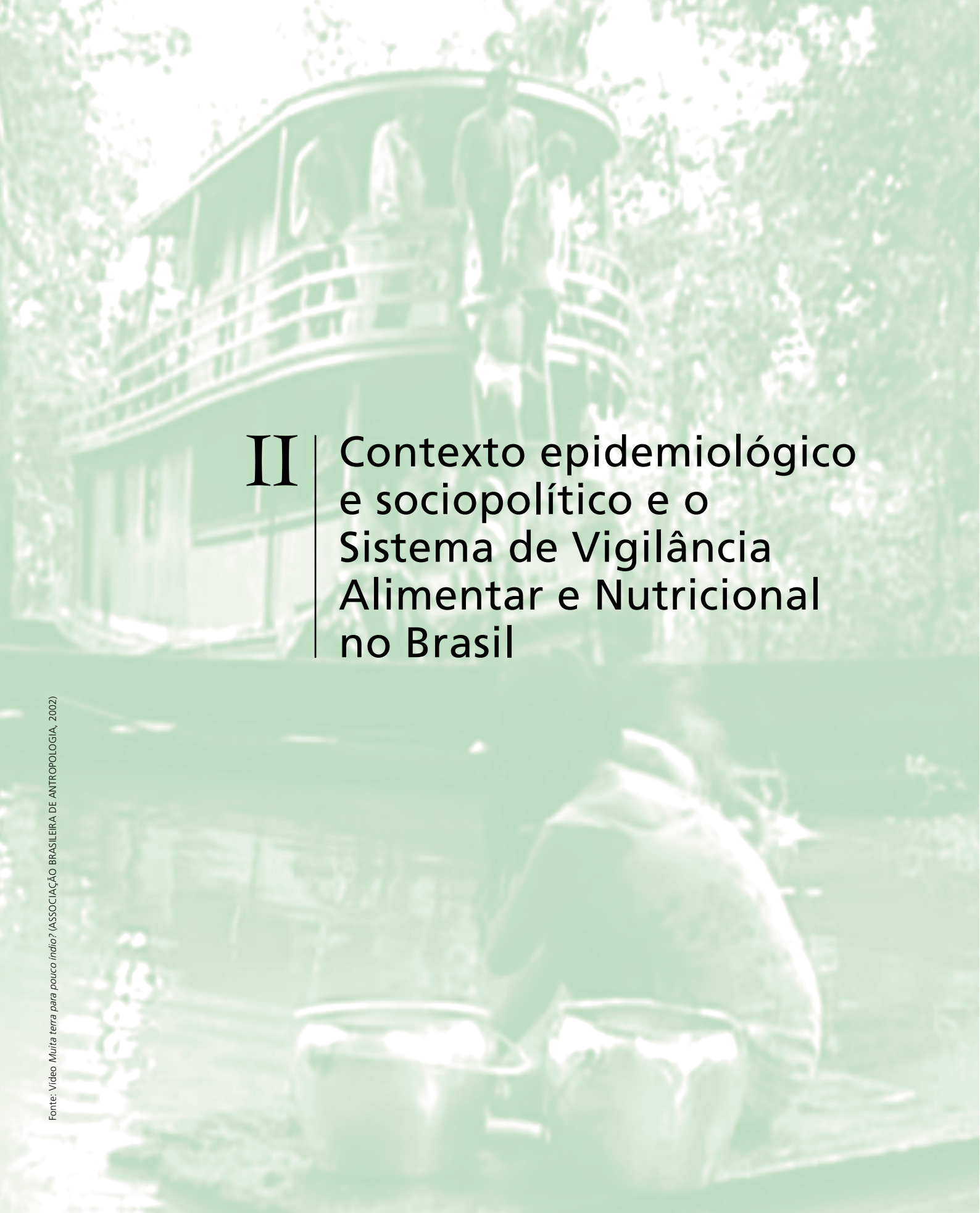
______. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.* 2. ed. Brasília, 2002.

______. *Relatório morbimortalidade 2002.* Brasília, 2003.

______. *Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.* Brasília, 2007.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

______; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1217-1223, 2005.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Legislação:* povos indígenas. São Paulo, [2005]. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

LANGDON, E. J. Salud y pueblos indígenas: los desafios en el cambio de siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.) et al. *Salud y equidad:* una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 107-119.

LIMA, A. C. S. *Um grande cerco de paz:* poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

MAGALHÃES, E. D. (Org.). *Legislação indigenista brasileira e normas correlatas.* 3. ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. No prelo.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

II Contexto epidemiológico e sociopolítico e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil

Fonte: Vídeo *Muita terra para pouco índio?* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2002)

4. Situações e determinantes de saúde e nutrição da população brasileira

Elyne Montenegro Engstrom

Vamos apresentar neste capítulo um retrato da situação de saúde e nutrição da população brasileira. Daremos maior destaque às informações sobre o estado nutricional de crianças e adultos. Discutiremos a tendência ou a evolução dos principais problemas nutricionais ao longo dos últimos vinte anos e algumas questões que podem justificar a situação nutricional encontrada no Brasil.

O que é perfil nutricional?

O perfil ou a situação nutricional de um grupo populacional é construído com base em informações que identificam variações em torno de uma determinada referência de dados antropométricos populacionais, isto é, as alterações e os desvios do estado nutricional da população avaliada.

Com essas informações, teremos o diagnóstico nutricional coletivo, que pode ser referente a um grupo específico (criança, gestante, adulto), a uma dada localidade (clientela de um serviço, população de um município ou de um distrito sanitário), ou a um determinado período de tempo. O perfil nutricional é o retrato de uma coletividade. Podemos comparar o perfil em várias localidades, em diversos períodos de tempo e observar a tendência, como o estado nutricional se apresenta. Por exemplo, descreve-se a tendência (ou variação, mudança) da estatura das populações em períodos relativamente longos de observação, ou seja, a média de

Estado nutricional é o resultado de uma complexa interação entre os alimentos, o bem-estar do indivíduo e o ambiente em que vive, ou seja, a relação entre os três pilares do bem-estar – alimentos, saúde e cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2, Capítulo 1, traz conceitos importantes e imprescindíveis para se fazer um diagnóstico nutricional.

Tendência é o termo utilizado em epidemiologia para expressar as variações dos indicadores de saúde ao longo do tempo.

estatura de uma população é comparada a cada quatro ou cinco décadas para verificar se houve variação. O monitoramento permanente dessas informações permite identificar variações no estado nutricional que se processam num curto espaço de tempo, ou seja, contratendências, que alertam para alterações críticas, possibilitando respostas rápidas que evitem um agravamento do quadro.

Morbidade é o termo utilizado para expressar o conjunto de casos de uma doença ou agravo à saúde que atinge uma determinada população. É considerado um indicador de saúde na epidemiologia (PEREIRA, 2000, p. 81).

O conhecimento do perfil nutricional tem papel estratégico na reorganização da assistência nos serviços de saúde em nível local e na qualificação das ações prestadas. Os dados e as informações do estado nutricional, consumo alimentar e de morbidade, produzidos rotineiramente na dinâmica da assistência individual, podem ter uso imediato para os beneficiários de ações e programas. Além do uso individual e local, essas informações subsidiam políticas e medidas de intervenção coletivas nos diferentes níveis de gestão – municipal, estadual e nacional –, assim como servem de sensores da eficiência de ações de programas de promoção e intervenção em saúde e nutrição.

O perfil nutricional que nos interessa conhecer e discutir aqui se refere ao conjunto da população brasileira, com um breve enfoque nas diversidades entre as regiões do país. As informações desse perfil servem de parâmetro nacional, isto é, podem ser comparadas com a situação nutricional de outros espaços geográficos brasileiros e/ou grupos específicos, observando as possíveis diferenças.

Para refletir

O que você conhece sobre o perfil nutricional da população brasileira?
Onde você costuma obter essas informações?

Prevalência é uma medida de freqüência das doenças que informa o número total de casos existentes em uma determinada população, ou seja, é a proporção da população que apresenta uma dada doença (casos novos e antigos). É, portanto, diferente do conceito de incidência, que se refere aos casos novos de uma doença em um período específico de tempo (PEREIRA, 2000, p. 76-77).

Os conceitos de prevalência e de incidência também são tratados no livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2, Capítulo 4, "Análise e interpretação dos resultados".

O perfil nutricional brasileiro

O perfil de nutrição da população brasileira é considerado bastante complexo e heterogêneo. Para realizarmos afirmações sobre prevalência de problemas nutricionais e tendências, é necessário analisarmos anteriormente informações representativas de toda a população ou de seus grupos etários (crianças e adultos, por exemplo).

Estudos populacionais realizados por meio de censos (todos os indivíduos são incluídos no universo pesquisado), ou estudos com amostras (apenas um grupo de indivíduos é estudado, embora representem o

universo da população alvo), são as melhores fontes de dados e informações do perfil nutricional das populações. A base de dados para construção do perfil e tendências nutricionais que apresentaremos a seguir é oriunda de inquéritos populacionais com avaliação antropométrica, dentre eles:

- Estudo Nacional de Despesas Familiares (Endef), 1975 – dados de consumo alimentar e antropometria de todos os grupos etários e regiões do país (excluindo norte rural);
- Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 1989 – dados antropométricos de todos os grupos etários e regiões do país (excluindo norte rural);
- Pesquisa Nacional sobre Demografia em Saúde (PNDS), 1996 – dados de saúde e antropometria de mães e crianças menores de cinco anos de idade para todas as regiões do país;
- Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV), 1997 – dados antropométricos de homens e mulheres das regiões Nordeste e Sudeste do país;
- Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), 2003 – dados de despesas com consumo alimentar e de antropometria de todos os grupos etários e regiões do país (incluindo norte rural).

Inquéritos populacionais são estudos realizados em grupos populacionais bem delimitados. Em geral, essas pesquisas utilizam amostras representativas da população produzindo "instantâneos" da situação de saúde do grupo.

Observe que nem todos os grupos etários estão representados nas pesquisas. É o caso dos escolares e adolescentes de ambos os sexos, cujos dados não foram coletados na PNDS e PPV. Além disso, uma parcela da população brasileira – os indígenas – não foi incluída como segmento de análise nesses estudos, implicando escassez de informações para este grupo e, conseqüentemente, uma "invisibilidade epidemiológica" (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000).

A "invisibilidade epidemiológica" dos povos indígenas foi amplamente discutida na Parte I deste livro, quando tratamos dos "Povos indígenas e o processo saúde–doença".

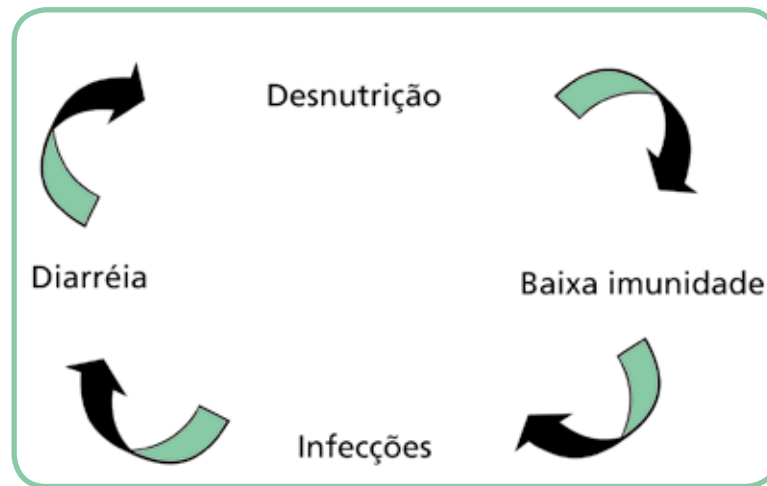
Ressaltamos, contudo, que existem outros estudos de base populacional, mas não de abrangência nacional, para a avaliação de problemas na área de Alimentação e Nutrição que são úteis para compreender a realidade de uma dada localidade. Assim, por exemplo, um ministério pode fazer um estudo sobre o estado nutricional de crianças de uma região do país, um município pode realizar estudo sobre aleitamento materno e práticas alimentares em menores de um ano, ou um distrito sanitário indígena pode conhecer a situação de anemia em crianças e gestantes.

Tendo como base os inquéritos supracitados, gostaríamos de realizar uma breve reflexão sobre o perfil nutricional em dois grupos etários: crianças e adultos.

Os dados ora apresentados dizem respeito à população brasileira, de modo geral. Na Parte III, "Alimentação e nutrição indígena", discutiremos e aprofundaremos as informações relativas à população indígena brasileira.

Quais são os problemas nutricionais que mais afetam as crianças menores de cinco anos no Brasil?

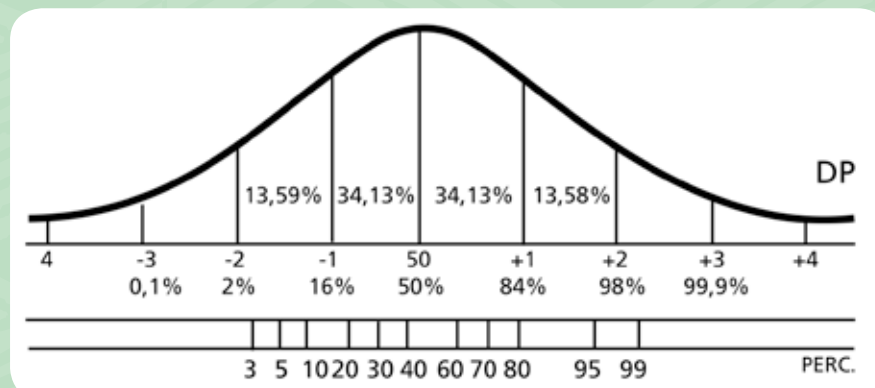
Historicamente os governos têm voltado esforços para a redução da mortalidade infantil e da Desnutrição Energético-Protéica (DEP) no grupo materno-infantil. As crianças são consideradas um dos grupos mais vulneráveis à DEP, alteração esta que propicia o aparecimento de infecções, formando um ciclo vicioso que traz grandes implicações na saúde, aumentando o risco de adoecer e morrer (BATISTA FILHO; RISSIN, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Figura 1 – Ciclo vicioso da desnutrição: infecção

Nas crianças, as carências nutricionais são problemas de grande relevância (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). A desnutrição pode se iniciar precocemente na vida intra-uterina, evidenciada pelo Retardo de Crescimento Intra-Uterino (RCIU) e o Baixo Peso ao Nascer (BPN). As crianças com BPN têm maior risco de sofrer infecções e apresentarem déficits nutricionais na infância, justificando a abordagem integrada e precoce das ações de saúde voltadas à criança e à mulher. A anemia ferropriva é alteração ascendente e de grande magnitude, que também predispõe a infecções e pode comprometer o desenvolvimento infantil. O mesmo acontece com a hipovitaminose A, deficiência que apresenta relação direta com a desnutrição. Portanto, a infância é particularmente um período de grande vulnerabilidade que requer cuidado especial e assistência.

Qual é a magnitude da desnutrição em menores de cinco anos no país?

Os indicadores antropométricos utilizados para avaliar déficit nutricional em menores de cinco anos são principalmente Peso/Idade (P/I) e Estatura/Idade (E/I) expressos em Desvio-Padrão (DP) dos valores da população referência consolidada pelo National Center of Health Statistics (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). O indicador Peso/Estatura (P/E) tem sido menos utilizado, pois isoladamente não permite diagnosticar déficit nutricional. Por exemplo, um grupo de crianças com deficiência em estatura pode apresentar uma relação P/E satisfatória, refletindo a adequação do peso à baixa estatura. Se no diagnóstico considerarmos somente o indicador P/E, teremos uma interpretação inadequada, como a ausência de déficit nutricional para o grupo.

Desvio-padrão (DP) representa o quanto o valor obtido de uma medida está afastado da mediana, isto é, do percentil 50. Podemos ter tanto DP positivos (+2 DP +3 DP), quanto negativos (-2 DP -3 DP), dentro da curva normal. Veja a figura a seguir que mostra uma curva normal indicando a relação entre desvios-padrão e percentis:

Figura 2 – Curva normal com relação entre desvios-padrão e percentis

Fonte: Valadian e Porter apud Vasconcelos (2007).

Observando esta figura, a curva é a representação gráfica da distribuição das medidas da população de referência (NCHS). No meio do gráfico (mediana – p 50) está concentrada a maioria das crianças; no lado esquerdo, encontram-se as mais baixas; no lado direito, as mais altas. Quando nos afastamos da mediana (p 50), seja para a esquerda ou para a direita, temos o DP.

Afastando-nos para a esquerda, teremos DP negativo (pois estamos nos aproximando dos menores valores de altura). Afastando-nos para a direita, teremos DP positivo (estamos nos aproximando dos maiores valores de altura). São "normais" os valores compreendidos entre –2 DP e +2 DP. Logo, valores abaixo ou acima destes são considerados como desvios nutricionais.

Ao compararmos os inquéritos nutricionais nos últimos trinta anos (Tabela l – 3ª coluna, em destaque), podemos concluir que houve uma enorme diminuição da prevalência de desnutrição em todos os indicadores apresentados. Embora tal declínio tenha ocorrido em todas as regiões geográficas do país, não se deu de maneira uniforme entre as regiões Nordeste e Centro-Sul. Observando o indicador P/I, entre 1975 e 1989, o diferencial entre tais regiões mostrava-se desfavorável para o Nordeste (prevalência três vezes maior que no Centro-Sul); no entanto, entre 1989 e 1996, registrou-se uma redução dessa prevalência no Nordeste (de 12,8% para 8,3%), diminuindo a desvantagem em relação ao Centro-Sul. Essa tendência parece continuar em 2003.

Tabela 1 – Déficits nutricionais (%) em crianças brasileiras menores de cinco anos, segundo indicadores antropométricos e estudos selecionados no período de 1975 a 2003

Indicador [1]	Ano [2]	Brasil	Nordeste	Centro-Sul
P/I < –2DP (desnutrição)	1975	18,4	27,0	13,4
	1989	7,1	12,8	4,1
	1996	5,7	8,3	4,0
	2003	4,6	5,4	(3,4) [3]
E/I < –2DP (déficit de crescimento)	1975	32,9	47,8	23,9
	1989	15,7	27,3	8,4
	1996	10,5	17,9	5,6
	2003	--	--	--
P/E < –2DP	1975	4,4	--	--
	1989	2,0	2,4	1,0
	1996	2,3	2,8	2,1
	2003	--	--	--

(1) Em desvio-padrão (DP), referência NCHS.
(2) 1975=ENDEF; 1989=PNSN; 1996=PNDS; 2003=POF (não apresenta informação sobre E/I).
(3) O valor é uma média da prevalência de déficit no Sul (3,2%), Sudeste (3,6%) e Centro-Oeste (3,6%).

Algumas ressalvas em relação a essas comparações merecem ser destacadas. Primeiramente, os valores de prevalência de desnutrição do Centro-Sul não necessariamente representam a realidade das regiões geográficas brasileiras, pois foram calculados com base no agrupamento dos dados

Quando se usa o ponto de corte de –2DP para os indicadores nutricionais (P/I, E/I), espera-se encontrar em uma população sadia um percentual de 2,3% de crianças com peso adequado, mesmo que elas se apresentem abaixo deste ponto de corte, ou seja, são crianças "normais", porém situadas abaixo do ponto de corte considerado adequado. São aquelas crianças "naturalmente" magras ou baixas para a sua idade. Então, na interpretação dos resultados, podemos considerar uma população em boas condições nutricionais quando o percentual de crianças com indicador <–2DP for próximo a 2%.

das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Essa estratégia foi utilizada por Monteiro (2000) para minimizar problemas metodológicos inerentes à PNDS realizada em 1996 (BEMFAM, 1996). Em relação à POF, conduzida em 2002-2003, a avaliação prévia da qualidade das medidas de comprimento e estatura indicou deficiências, particularmente na medida de comprimento para crianças menores de dois anos (subestimação da medida). Em virtude da utilização de equipamento inadequado e do arredondamento das medidas antropométricas, os autores optaram por não trabalhar com estas medidas entre as crianças menores de dez anos (BRASIL, 2006b).

Quanto à situação domiciliar (urbano e rural), observamos uma importante redução da prevalência de deficiência de peso para idade na área rural nos últimos anos, aproximando-se dos valores encontrados na área urbana (Tabela 2). Apesar dessa redução, a região Nordeste ainda concentra maior percentual de crianças desnutridas na área rural, enquanto há uma tendência de aumento de déficit de peso entre as crianças que vivem em área urbana na região Sudeste. Parece que o problema da desnutrição no Sudeste está se concentrando nos grandes centros urbanos, provavelmente nas periferias das cidades.

Tabela 2 – Déficit de peso para idade (%) em crianças menores de cinco anos em diversos estudos, segundo a situação do domicílio, Brasil

Estudo/ Ano	Brasil			Nordeste			Sudeste		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Endef 1974/1975	12,9	20,7	16,6	20,8	27,4	24,9	10,7	19,3	11,8
PNSN 1989	5,6	10,6	7,1	10,3	15,1	12,7	3,7	6,2	4,1
PNDS [1] 1996	4,6	9,1	5,6	7,0	10,1	8,3	---	---	4,8
POF 2002/2003	4,3	5,6	4,6	5,3	5,7	5,4	3,8	2,9	3,7

Fonte: Monteiro et al. (2000b); Monteiro (2000); INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2006).
(1) Não foi possível desagregar as informações para a região Sudeste urbano e rural, pois os dados foram analisados em conjunto com as regiões Sul e Centro-Oeste.

Outro estudo de base populacional, mas não de abrangência nacional, realizado na região do semi-árido brasileiro, durante a Campanha Nacional de Vacinação em 2005 (BRASIL, 2005a), evidenciou formas crônicas de desnutrição (6,6% de déficit de E/I) entre as crianças menores de cinco anos. Houve marcadas diferenças entre os estratos sociais, que variaram de 1% a 10% (classe A e classe E, respectivamente).

Assentamentos referem-se à unidade territorial caracterizada pela ocupação legal das famílias e/ou indivíduos cadastrados no programa de reforma agrária do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)/ Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra).

A prevalência de crianças com deficiência de PI foi de 5,6%. Neste mesmo estudo foram analisados dados referentes ao conjunto de assentamentos das regiões Nordeste e norte de Minas Gerais. O déficit de crescimento (15,5%) foi o dobro do valor encontrado para as crianças residentes no semi-árido (6,6%), evidenciando que as condições de vida e nutrição ainda são precárias nos assentamentos. Em relação ao peso para idade, os valores não apresentaram grandes variações entre os dois grupos (de 8,6% para 6,6%).

As informações anteriormente descritas indicam que, hoje, a desnutrição infantil tende a se constituir em um problema eminentemente rural ou concentrado em áreas delimitadas, como favelas urbanas e assentamentos rurais.

Quais são os outros problemas nutricionais que merecem nossa atenção em crianças menores de cinco anos de idade?

♦ Baixo peso ao nascer

O peso ao nascer é o primeiro diagnóstico nutricional da criança e tem grande correlação com o peso nos primeiros anos de vida. O peso ao nascer abaixo de 2.500 gramas implica risco para a saúde da criança. Crianças que nascem com peso adequado e são amamentadas teriam menor risco de desnutrição nos primeiros anos de vida. Por outro lado, aquelas nascidas com baixo peso teriam maior risco de morbimortalidade e desnutrição.

Incidência é um indicador de saúde que se refere aos casos novos de uma doença em um período específico de tempo (PEREIRA, 2000, p. 76-77).

Destacamos que a situação de BPN mantém-se praticamente inalterada nas últimas décadas no Brasil. A incidência média está em torno de 9% (Tabela 3). Possivelmente as causas do BPN estão relacionadas com a prematuridade e a desnutrição intra-uterina.

Tabela 3 – Baixo Peso ao Nascer (BPN) no Brasil e regiões selecionadas nos anos de 1989, 1996 e 2004 (%)

Indicador	Ano	Brasil	Nordeste	Centro-Sul
BPN	PNSN-1989	9,9	12,0	9,5
	PNDS-1996	9,2	9,4	9,1
	SVS - 2004	8,2	7,4	(8,1) [1]

Fonte: Monteiro et al. (2000c); Brasil (2004b).
(1) Valor médio da freqüência de BPN nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Entre 1996 e 2000, o número de crianças nascidas com baixo peso apresentou redução, perfazendo 8%. O esperado em países desenvolvidos é um valor abaixo de 5%, sobretudo pelos casos de prematuridade.

Esse valor pode estar subestimado, especialmente em áreas de registros precários (crianças com peso desconhecido ou medidas em instrumentos incorretos, ou, ainda, aquelas nascidas fora do ambiente hospitalar). Mas não podemos esquecer que os locais com boa qualidade de informação apresentarão provavelmente valores de BPN maiores, quando comparados com os demais, não significando necessariamente maior número de crianças e sim maior número de registros efetuados de forma correta (BRASIL, 2004b).

Nas regiões desenvolvidas do país, onde a desnutrição é baixa, a incidência de BPN ainda é elevada. Isso sugere que, ao menos nessas regiões, o BPN não tenha como determinante principal o baixo peso em gestantes, mas sim outros fatores como tabagismo, gravidez na adolescência, encurtamento do tempo da gestação, geralmente associado a partos cirúrgicos programados com antecedência (MONTEIRO, 1997).

♦ Anemia ferropriva

Estudos em localidades brasileiras evidenciaram que a anemia ferropriva é um problema de grande magnitude na população brasileira, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). A anemia ferropriva vem crescendo de forma surpreendente, ao contrário do declínio da DEP.

A estimativa do Ministério da Saúde é que 45% dos pré-escolares tenham anemia, definida pela concentração de hemoglobina sérica menor que 11g/dl. Essas estimativas são baseadas em estudos locais, já que o país ainda não dispõe de dados nacionais sobre a prevalência de anemia. Destacamos os resultados do estudo realizado na cidade de São Paulo, no qual, apesar dos substanciais progressos nos indicadores de saúde infantil nas últimas décadas, a prevalência de anemia em crianças de seis a 60 meses aumentou consideravelmente nos últimos 20 anos (MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000): 22,7% (1973/1974), 35,6% (1984/1985) e 46,9% (1995/1996), taxas que praticamente dobraram no período. Além disso, o referido estudo evidenciou aumento considerável do risco de anemia ao longo do primeiro e segundo ano de vida, diminuindo gradualmente a partir do terceiro ano, atingindo diversos estratos sociais.

Batista Filho & Rissin (2003) apresentam dados descritivos da freqüência de anemia no Brasil entre 1990 e 2000 com base em diversos estudos locais, demonstrando uma semelhança nos valores encontrados no estado de Pernambuco (46,7%); em Salvador, Bahia (46,4%); em Porto Velho, Rondônia (41,6%); e em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (47,8%), com aquele evidenciado em São Paulo (46,9%). Aparentemente a anemia representa, em termos de magnitude, o principal problema carencial no país.

Em suma, podemos afirmar que a faixa etária entre seis e 24 meses é a de maior vulnerabilidade à anemia. Isso porque, quando a ingestão de ferro não é suficiente para manter as suas necessidades normais no organismo, balanceando as perdas anormais de ferro e evitando o esgotamento dos estoques, ocorre a anemia. No caso das crianças menores de dois anos, aliado às necessidades de ferro para o crescimento, o consumo alimentar pobre em fontes deste nutriente é outro determinante fundamental da anemia, especialmente se associado ao abandono precoce do aleitamento materno e a transição inadequada para alimentos complementares.

♦ Sobrepeso e obesidade

Em crianças menores de cinco anos, a obesidade ainda é uma alteração nutricional de baixa prevalência no país. Na PNSN (1989) foi encontrado 4,6% de crianças brasileiras com excesso de peso (BRASIL, 1990). Em 1996, o percentual foi de 4,9% na PNDS (BEMFAM, 1996). Diante das limitações de análise dos dados da POF, não foi possível evidenciar a situação atual e a tendência da obesidade em crianças brasileiras. Por sua vez, a freqüência de adolescentes (10 a 19 anos) com excesso de peso foi de 16,7% em 2002-2003, sendo um pouco maior em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%). O percentual de adolescentes brasileiros obesos foi de aproximadamente 2% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

Observamos que o problema do excesso de peso e da obesidade está aumentando, particularmente em adolescentes do sexo masculino. O excesso de peso em meninos duplicou entre 1989 e 2003 (de 8% para 17,9%, respectivamente). Este fato é preocupante, pois associada à obesidade encontramos uma série de doenças metabólicas e cardiovasculares que prejudicam ainda mais a saúde dos jovens. As crianças e adolescentes obesos têm mais chance de tornarem-se adultos obesos (BRAY, 1991). Além disso, hábitos alimentares inadequados e estilo de

vida sedentária na infância e adolescência contribuem para a obesidade na vida adulta. Nesse segmento etário, como veremos adiante, a obesidade tem importante expressão epidemiológica e clínica.

As seqüelas do excesso de peso e da obesidade na vida da criança e do adolescente justificam, por si só, a necessidade de promover ações direcionadas ao incentivo da atividade física regular e ao consumo de uma alimentação adequada nessas fases da vida.

Embora a DEP entre crianças brasileiras apresente uma trajetória descendente, isso não significa pouca importância clínica ou individual. As crianças ainda são o grupo mais vulnerável à desnutrição e à anemia. Para o seu enfrentamento, são necessários diagnósticos locais e identificação de grupos de risco. O serviço de saúde deve estar apto para prevenção e controle desses casos, com rotinas padronizadas e atenção diferenciada.

A situação da DEP entre os indígenas será discutida na Parte III deste livro, "Alimentação e nutrição indígena".

Qual é o problema nutricional de maior relevância entre os adultos brasileiros?

Nos adultos brasileiros, a obesidade é uma alteração nutricional que vem crescendo de forma alarmante, associada a doenças crônicas não-transmissíveis como hipertensão arterial, deslipidemias e diabetes *mellitus* tipo II. Observamos que todas trazem sérias repercussões na saúde desse grupo e coexistem na agenda da saúde pública na atualidade.

A diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade em adultos no Brasil, assim como em outros países, é uma tendência denominada de transição nutricional, que será discutida mais adiante.

Transição nutricional é entendida aqui como as mudanças ao longo do tempo em padrões nutricionais que resultam de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos e que se correlacionam com mudanças econômicas, sociais, demográficas e de saúde (POPKIN, 1993).

Mas por que a obesidade tem sido considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo?

A obesidade é definida como um acúmulo excessivo de gordura corporal, que acarreta prejuízos à saúde do indivíduo. É uma alteração nutricional associada às doenças crônicas como:

- DCV (hipertensão arterial, doença coronariana, acidentes vasculares cerebrais);

A relação da obesidade com o estilo de vida e as mudanças da sociedade também são temas do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2, no capítulo, "Diagnóstico nutricional individual".

- Diabetes tipo II;
- Certos tipos de neoplasias como de mama, endométrio (hormônios- dependentes) e de cólon;
- Doenças da vesícula biliar.

A obesidade aumenta o risco de adoecer e morrer por essas doenças, justificando a importância de sua prevenção e tratamento.

Obesidade é definida pelo Índice de Massa Corporal ≥ 30 $Kg.m^{-2}$ (IMC= peso.kg-2). O sobrepeso, por sua vez, é definido pelo Índice de Massa Corporal (IMC) que varia entre a faixa de 25 a 29,9 Kg.m-2.

O IMC é uma medida utilizada para avaliar o estado nutricional dos indivíduos. Esta medida é calculada por meio da fórmula = peso (Kg) / estatura $(m)^2$.

Na Parte I, "Diagnóstico nutricional na atenção à saúde", do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2, há uma explicação detalhada do uso e da aplicação do IMC na avaliação nutricional antropométrica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade uma doença crônica epidêmica, por sua prevalência crescente e alarmante em países com diferentes níveis de desenvolvimento. A obesidade está relacionada ao estilo de vida moderno e às mudanças ocorridas em nossa sociedade, tornando-se problema emergente e de relevância epidemiológica na população adulta brasileira.

Qual é a magnitude da obesidade em adultos no país?

Quartis é o que divide um conjunto de observações em quatro partes iguais, para facilitar a comparação de dados. Por exemplo, ao se dividir a renda da população estudada em quatro partes iguais, tem-se: primeiro quartil = renda mais baixa; quarto quartil = renda mais alta.

A trajetória da obesidade no Brasil vem sendo bem documentada por meio de pesquisas e inquéritos. Monteiro e Conde (2000) discutem a evolução da obesidade em adultos, comparando inquéritos nutricionais de 1975 (Endef), 1989 (PNSN) e 1998 (PPV), com informações de ambos os sexos, no âmbito das regiões Nordeste e Sudeste – historicamente regiões de contrastes nos indicadores sociais e de saúde. Esse estudo revela que a obesidade apresentou uma tendência ascendente em ambos os sexos nas duas regiões do país. Na análise por quartis de renda familiar *per capita*, verifica-se que a obesidade aumentou na população masculina e feminina em todos os quartis de renda, em ambas as regiões, exceto nas mulheres de maior renda do Sudeste, onde houve um declínio em 1996.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar 2002/2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), conduzida pelo IBGE, cerca de 40% da população adulta brasileira apresentou excesso de peso e 11% dos adultos eram obesos. A prevalência do excesso de peso e da obesidade diferiu entre as regiões, situação domiciliar e sexo. Entre homens, as áreas urbanas da região Sudeste apresentaram maiores prevalências quando comparadas às áreas rurais do Nordeste. Para as mulheres, a distribuição regional e por situação de domicílio foi muito semelhante, exceto para o Sudeste que apresentou maior prevalência de excesso de peso entre as mulheres das áreas rurais (Tabela 4).

Tabela 4 – Déficit de peso, sobrepeso e obesidade (%) em adultos (≥ 20 anos), segundo situação domiciliar e sexo, Brasil, 2002-2003

Região	Masculino			Feminino		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Déficit de peso						
Brasil	2,7	3,5	2,8	5,1	6,1	5,2
Nordeste	3,3	4,0	3,5	5,9	7,2	6,2
Sudeste	2,7	4,2	2,8	4,9	6,2	5,0
Excesso de peso						
Brasil	43,8	28,5	41,1	39,9	40,7	40,0
Nordeste	37,8	21,0	32,9	39,4	36,8	38,8
Sudeste	45,7	32,0	44,4	40,5	43,1	40,7
Obesidade						
Brasil	9,7	5,1	8,9	13,2	12,7	13,1
Nordeste	8,1	3,2	6,7	12,0	10,8	11,7
Sudeste	10,3	7,0	10,0	13,9	13,0	13,8

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2004).

Ao compararmos os dados de diversos inquéritos nutricionais realizados no Brasil, observamos um aumento contínuo e intenso do excesso de peso e da obesidade na população masculina brasileira, sendo distinta da evolução para mulheres, que aumentou em cerca de 50% entre 1974-1975 e 1989 e manteve-se estável entre 1989 e 2002-2003 (Tabela 5).

Tabela 5 – Déficit de peso, excesso de peso e obesidade (%) na população adulta (≥ 20 anos), por sexo e período, Brasil, 2002-2003

Problema nutricional	Ano [1]	Masculino	Feminino
Déficit de peso			
(IMC < 18,5 kg.m^{-2})	1974-1975	7,2	10,2
	1989	3,8	5,8
	2002-2003	2,8	5,4
Excesso de peso			
(IMC ≥ 25 kg.m^{-2})	1974-1975	18,6	28,6
	1989	29,5	40,7
	2002-2003	41,0	39,2
Obesidade			
(IMC ≥ 30 kg.m^{-2})	1974-1975	2,8	7,8
	1989	5,1	12,8
	2002-2003	8,8	12,7

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2004).
(1) 1974-1975-ENDEF;1989-PNSN;2002-2003-POF.

Quais são os outros problemas nutricionais que merecem atenção entre os adultos?

A prevalência de homens adultos com déficit de peso (2,8%) é compatível com a proporção esperada em qualquer população, ou seja, são indivíduos constitucionalmente magros, não indicando desnutrição. Entre mulheres, a prevalência de déficit ponderal se concentrou nas áreas rurais, principalmente da região Nordeste (Tabela 4). Os resultados dos inquéritos revelam ainda diminuição do baixo peso em homens e mulheres nas últimas décadas. A POF-2002-2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004) evidenciou um decréscimo contínuo da proporção de adultos com baixo peso, chegando a 4,0% de déficit de peso em 2002/2003, quando agregamos ambos os sexos (Tabela 5).

Entretanto, ao analisarmos o déficit de peso segundo a faixa etária, percebemos que os homens acima de 75 anos e as mulheres com menos de 25 anos apresentam valores superiores a 5% (8,9% e 12,2%, respectivamente), indicando que o baixo peso é uma alteração de relevância clínica e epidemiológica na população adulta jovem e idosa, especialmente quando se associa a doenças crônicas debilitantes, doenças infecciosas e de distúrbios alimentares (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

A anemia ferropriva acomete com maior freqüência as mulheres em idade fértil, com maior risco nas adolescentes e nas gestantes. A OMS estima que 20% dos adolescentes e 15%-30% das gestantes tenham anemia.

O perfil nutricional da população brasileira apresentou mudanças importantes. Nas crianças, o declínio da desnutrição foi marcante, embora ainda seja um problema importante em saúde coletiva, delimitando-se cada vez mais em áreas/grupos/famílias de maior risco. Nos adultos, o aumento da obesidade tem se dado em um ritmo bastante acelerado, principalmente para homens. Destaca-se a manutenção da prevalência de obesidade entre as mulheres da região Sudeste.

Para refletir

Após conhecer os dados sobre o perfil nutricional da população brasileira, pense: qual é o motivo ou as causas de redução da desnutrição em crianças e de aumento da obesidade entre os adultos?

Determinantes do perfil nutricional

Podemos dizer que não há um motivo, mas um "conjunto de fatores" que influenciam, favoravelmente ou não, a situação de saúde e nutrição de uma comunidade. Esse conjunto de fatores é também chamado de determinantes ou condicionantes do estado nutricional de uma população e é responsável pela tendência de um problema nutricional na coletividade.

Quando estudamos os determinantes de um problema de saúde ou nutrição, estamos na verdade querendo conhecer os fatores que influenciaram o estabelecimento deste perfil da população e de que maneira eles atuam ao longo do tempo.

Mas conhecer os determinantes de um problema de saúde ou nutrição é útil para quem? Considerando, como exemplo, a redução da desnutrição infantil, podemos perguntar: Por que isso aconteceu ou o que influenciou esse declínio? As respostas serão úteis para as atuações de:

- Gestores de políticas públicas, que avaliam as ações já empreendidas, reformulando-as se necessário, para que tenham impacto na situação de saúde;
- Profissionais que executam as ações, porque valorizarão as suas práticas, propiciarão retorno e reavaliação de ações;
- Beneficiários de políticas e ações, porque eles receberão as atenções previstas em cada programa.

Conhecer as condições que influenciam o estado nutricional – os determinantes – favorece a escolha de ações mais efetivas.

Por exemplo, se estamos convencidos de que a suplementação alimentar, associada às ações de saúde, é uma forte aliada na recuperação de crianças desnutridas, esta ação será reforçada tanto por profissionais que atendem as crianças (no espaço da unidade de saúde) e gestores locais quanto por gestores de instâncias decisórias superiores.

Podemos considerar, então, que a ação de suplementação alimentar propicia maior consumo de alimentos. O acesso e o consumo de alimentos são considerados determinantes do estado nutricional infantil, dentre outros fatores.

Você deve estar pensando em outras causas que poderiam influir no estado nutricional de indivíduos e populações. Certamente podemos afirmar que há múltiplas causas que condicionam essa questão. Barreto e Carmo (2000), em seu estudo sobre determinantes da saúde, apontam para o papel das mudanças sociais e econômicas e a ação das intervenções médicas.

Esses dois temas são exemplos de grandes blocos ou grupos de determinantes do estado nutricional. Quando citamos as mudanças sociais, muitos fatores estão sendo considerados em um único termo, como a melhoria da renda das famílias ou das condições de saneamento, que influenciam favoravelmente o estado nutricional. As intervenções na saúde, como as ações básicas (vacinação, controle das diarréias, acompanhamento do crescimento, controle das infecções respiratórias agudas e o aleitamento materno), a incorporação de tecnologias, ou mesmo a maior cobertura dos serviços, também podem contribuir para melhoria do estado de saúde e nutrição da população.

Podemos concluir que são várias as causas que influenciam ou determinam uma dada situação nutricional em um grupo específico. Além disso, existe um dinamismo nesses determinantes, em que cada um assume importância maior ou menor em dado momento, já que o meio social está em constante transformação. O indivíduo interage com esse meio, modificando-o e sendo modificado por ele.

Para refletir
Que outras mudanças sociais têm importância na redução da desnutrição infantil no Brasil?

Modelo causal como forma de entender o dinamismo dos determinantes de uma situação

A epidemiologia propõe uma forma de organizar essas idéias e concebe o que se chama modelo causal de uma dada situação.

Portanto, o modelo causal é uma forma de entendermos os determinantes de uma situação em uma comunidade, ou seja, as causas da obesidade em adultos, da desnutrição em crianças, da anemia em gestantes, dentre outras manifestações. Como existem múltiplas causas para uma situação de saúde e nutrição, o modelo deve contemplá-las, em sua maioria, inter-relacionando-as e formando uma rede de causalidade.

Modelo causal é uma representação gráfica simplificada das causas e dos mecanismos de um determinado fenômeno. Ele ordena, de forma explícita e hierarquizada, o complexo processo de determinação do estado nutricional de um grupo ou população (BEGHIN, 2002).

Os estudiosos da área da saúde pública, na avaliação das causas de uma situação nutricional e suas tendências, constroem um modelo teórico ou uma hipótese mais provável, relacionando os fatores potenciais que contribuem para a determinação de tal situação. Baseados em dados de pesquisas, eles comparam informações de diferentes estudos e propõem modelos, considerando desde as causas mais próximas e inerentes aos indivíduos (as de seu meio familiar) até as mais gerais (do meio ambiente em que os indivíduos se inserem).

Lembre-se de que o modelo é dinâmico, cada causa pode ter uma importância maior ou menor em um dado período de tempo.

De forma esquemática, podemos pensar que há três níveis determinantes no modelo da desnutrição (UNITED NATIONS, 2000):

- Os imediatos: a primeira instância do modelo, próxima ao indivíduo e que depende do consumo alimentar e do gasto energético ou da utilização biológica dos alimentos, fatores diretamente relacionados com o estado de saúde do indivíduo e com as características de seu ciclo de vida.

- Os intermediários: causas que são mediadoras entre o meio social e o indivíduo, ou seja, que modulam as demais causas, podendo "amenizar ou melhorar" um ambiente desfavorável ao estado nutricional. O acesso a serviços essenciais, como saneamento e saúde, é um exemplo de causa que pode modificar uma situação de saúde e nutrição, mesmo em populações cujas condições sociais (básicas) são desfavoráveis.
- Os básicos: também chamadas de estruturais, distais, refletem políticas públicas voltadas para a geração de emprego, aumento da renda, saúde, educação e cultura.

Catabolismo é o processo metabólico por meio do qual células do organismo transformam substâncias complexas em outras mais simples.

Por exemplo, a desnutrição infantil é uma alteração nutricional decorrente do desequilíbrio entre duas vertentes principais: *o consumo alimentar e a saúde* (utilização biológica dos alimentos). No indivíduo, as doenças que: a) desenvolvem maior catabolismo, como febre e infecções; b) propiciam perdas anormais, como a diarréia; c) ou causam situações que aumentam as necessidades energéticas do organismo precisam ser compensadas com o consumo adequado de alimentos (energia). Caso isso não aconteça, o desequilíbrio se instala, surgindo os déficits nutricionais que irão depender da duração, intensidade e das reservas anteriores do organismo. Além disso, consumo de alimentos deficientes e persistentes contribuirá para a manutenção dos déficits. Estes seriam exemplos de **determinantes imediatos** (mais próximos) do indivíduo.

O consumo e o estado de saúde, além de condicionados por fatores biológicos, são também modulados pelas condições sociais, econômicas, culturais e do meio ambiente. Assim, a dificuldade de acesso a serviços de saúde; a incapacidade de a família produzir/adquirir, armazenar, preparar uma alimentação adequada com regularidade; condições de habitação insalubres, sem saneamento básico e água; alcoolismo na família; depressão materna; cuidados prestados à criança de forma inadequada (preparo dos alimentos, manejo das enfermidades, cuidado pessoal) podem ser considerados **determinantes intermediários** da desnutrição infantil.

O nível de renda familiar (capacidade de compra/trabalho/salário) condiciona uma série desses fatores, influência esta que pode ser modulada ou compensada pela oferta de serviços públicos (saúde, saneamento, educação) e pela presença de programas governamentais compensatórios, como os de suplementação alimentar. No modelo causal, destaca-se ainda a importância de incluir a disponibilidade de alimentos

por políticas sociais compensatórias ou de abastecimento. Estas políticas visam democratizar o acesso e permitir a compra adequada de gêneros alimentícios e são importantes questões que influenciam o consumo alimentar. Aqui estamos descrevendo, então, os **determinantes básicos** – economia, política e ideologias –, incluindo aspectos jurídicos, organização social, mecanismos de exclusão etc.

É importante ressaltar que os modelos contribuem para identificar as principais causas de uma dada situação diagnosticada e de que forma essas causas se situam em diferentes níveis de ação. No enfrentamento de uma questão pública, é importante atuar simultaneamente nos determinantes imediatos e intermediários, que afetam mais diretamente as famílias e os indivíduos (e que são conseqüentes de processos sociais mais amplos), mas também nos estruturais. As ações que dizem respeito aos determinantes imediatos evitam que a situação da família e dos indivíduos se agrave, ou alivia o quadro geral desses segmentos.

Para superar um contexto crítico, é fundamental também que sejam alterados os determinantes mais amplos que geram os problemas, para que os programas não sejam apenas medidas compensatórias de problemas continuamente gerados pela macroestrutura social. De posse dessa informação, gestores podem selecionar e propor políticas e programas mais efetivos para o controle dos agravos nutricionais prioritários. Para os profissionais de saúde, esta informação permitirá melhor compreensão da realidade de sua comunidade, possibilitando a reorganização das atividades e mudanças em sua prática cotidiana.

Lembramos que a discussão sobre modelo causal não se esgota aqui. O que não podemos esquecer é que:

- O modelo deve ser construído para cada situação nutricional específica e, especialmente, para cada grupo etário (crianças, adultos, idosos etc.) ou grupo de interesse (indígenas, quilombolas etc.). Assim será possível atribuirmos importâncias relativas para cada causa ou grupo de causa de forma hierarquizada.
- Existem diversas formas de representação de um modelo causal. Podem ser feitos sob a forma de uma árvore, de um diagrama ou de um esquema.
- Modelos causais construídos para populações ocidentais NÃO devem ser utilizados para compreender as causas de doenças entre os povos indígenas.

Você pode saber mais sobre modelo causal na Parte III deste livro, "Alimentação e nutrição indígena". O volume 2 do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena* também retoma esse assunto na Parte II, "Diagnóstico nutricional coletivo".

Para refletir
Pesquise modelos causais para desnutrição infantil e reflita sobre a sua utilização na realidade indígena. Se você trabalha com povos indígenas, você acha possível construir um modelo causal da desnutrição para as crianças indígenas? Que desafios haveria para a execução desta tarefa?

Por que acontecem mudanças no perfil nutricional?

Compreender a diversidade contribui para a definição de prioridades, de políticas e ações públicas. Só o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população – hoje uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) – fornecerá informações para intervenção eficaz em todos os níveis.

Conhecer e monitorar a situação de saúde, alimentação e nutrição de coletividades fornece informações valiosas para os gestores da área da saúde. A informação deve ser ágil e representar a realidade epidemiológica de uma localidade, para que a intervenção seja eficaz.

Pensando assim, entendemos a importância de conhecer a situação de alimentação e nutrição, também chamada de perfil ou retrato da coletividade. Ainda mais em um país como o Brasil, imenso em extensão territorial e com grande diversidade étnica e heterogeneidade nas condições de vida e saúde de seus habitantes. Essa diversidade também se reflete nos principais problemas nutricionais encontrados hoje no país, oscilando entre carências, desnutrição energético-protéica, carência de micronutrientes e obesidade. Esses problemas variam segundo a região do país, a área urbana ou rural, a condição social (renda, escolaridade), o grupo étnico e etário.

O que queremos dizer com isso é que não existe apenas uma realidade epidemiológica, um problema nutricional prioritário no Brasil, mas, sim, problemas variados segundo a ótica considerada (etnia, região, grupo etário etc.). Ademais, as alterações nutricionais estão relacionadas às questões de saúde e ao contexto de vida mais geral da população. Se quisermos de fato conhecer o perfil de saúde de uma coletividade, devemos ir além de um simples retrato ou diagnóstico momentâneo. Precisamos considerar a evolução (tendência) e os fatores que influenciaram (determinantes) tal perfil.

A diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade no segmento não-indígena são fatos marcantes no Brasil, assim como em outros países. Essa tendência tem sido descrita como transição nutricional (MONTEIRO et al., 2000a), ou seja, mudanças ao longo do tempo nos padrões nutricionais associados à modificação da estrutura alimentar, demográfica, socioeconômica, epidemiológica e de estilo de vida das populações (POPKIN, 1993).

Conforme vimos, houve queda marcante da desnutrição infantil no país (delimitando-se cada vez mais em áreas e famílias de maior risco) e aumento da obesidade na população adulta em um ritmo bastante acelerado, tanto em homens quanto em mulheres, em todas as regiões do país. A anemia por carência de ferro tem grande magnitude, atingindo principalmente pré-escolares, escolares e gestantes.

Como explicar a diversidade das questões de saúde e das condições de vida da população?

O perfil de saúde de qualquer sociedade muda a intervalos de tempo relativamente curtos, ou seja, a dinâmica das transformações é uma característica esperada. Assim, nas décadas de 1970-1980, o perfil de morbimortalidade infantil revelava a presença importante das doenças diarréicas e infecciosas. Dos anos 1990 para cá, essas doenças sofreram importante redução e outras causas de morbimortalidade assumiram o papel de destaque, como as doenças do período neonatal.

No Brasil, aconteceram importantes modificações nas condições de vida e melhorias significativas nos padrões de saúde da população. Elas podem ser vistas em alguns indicadores de morbimortatidade, tais como:

- Aumento significativo da expectativa de vida (as pessoas vivem mais, atingindo idades médias de 70-80 anos);
- Redução significativa nas taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas.

Esse quadro reflete mudanças demográficas no Brasil, como o aumento da população idosa no país e suas implicações. Outra questão é que a melhoria de indicadores de saúde e nutrição não beneficiou a população brasileira como um todo. Há ainda grandes contrastes regionais, desvantagens de indicadores de saúde nas áreas rurais em comparação às

urbanas, assim como desigualdades na assistência à saúde. Em suma, os avanços não atingiram de forma igualitária a todos os necessitados.

Compreendendo melhor o processo de mudanças demográficas no Brasil

No início da década de 1970, estudos sobre as modificações nos padrões de morbimortalidade procuravam relacionar e entender a influência das mudanças na estrutura demográfica de diversas populações. É a chamada transição demográfica que acontece em diferentes países, incluindo o Brasil, e se caracteriza em primeiro lugar pela diminuição nas taxas de mortalidade, seguida da redução das taxas de fecundidade.

Segundo Omran (1971), a evolução de uma sociedade tradicional para a moderna seria acompanhada de uma redução na morbimortalidade por doenças infecciosas e a ascensão das doenças crônicas não-transmissíveis, modificações essas relacionadas à incorporação de novas tecnologias. Essa idéia é definida segundo o conceito de transição epidemiológica, em que ocorre um processo de alterações sucessivas nos padrões de morbimortalidade, seguindo a trajetória de um padrão tradicional para um moderno, com a existência de três estágios:

- A idade da pestilência e da fome;
- A idade do declínio das pandemias;
- A idade das doenças degenerativas e daquelas criadas pelo homem, estágios que se sucederiam em qualquer sociedade variando apenas quanto à velocidade das mudanças.

Pandemia é a concentração de casos de uma doença em número maior do que o esperado. Surge num lugar e acomete rapidamente um grande número de pessoas, envolvendo extensas áreas, geralmente países e continentes.

Assim, haveria o "modelo clássico ou ocidental", como nos EUA, com progressiva redução da mortalidade e fecundidade; o "modelo acelerado", como no Japão, com quedas rápidas e acentuadas em tais indicadores; e o "modelo tardio", dos países em desenvolvimento, com modificações mais lentas e posteriores à observada em países desenvolvidos. Um quarto estágio compreenderia o declínio, ou mesmo o retardo do início das doenças crônicas não-transmissíveis, que em algum momento atingiria a quase totalidade dos indivíduos, por meio da melhoria da qualidade de vida. Neste caso, as pessoas teriam mais tempo de vida saudável e menor necessidade de utilização dos serviços de saúde.

A transição epidemiológica assumiu características distintas nos países, principalmente na América Latina e nos países desenvolvidos, que podem ser evidenciadas pelo perfil de morbimortalidade. Em muitos países latinos, como no Brasil, a transição se caracteriza pela relativa redução da mortalidade por doenças infecciosas com a coexistência de doenças crônicas não-transmissíveis, ou seja, os estágios não se sucedem como na teoria de Omran, mas se sobrepõem.

Esse padrão é denominado de modelo polarizado de transição epidemiológica. Este seria o estágio do Brasil, segundo autores que utilizam o conceito de "polarização epidemiológica" (FRENK et al., 1991; ARAÚJO, 1992) ou "acumulação epidemiológica" (BUSS, 1998). Destaca-se, ainda, a existência de diferenças regionais importantes nos padrões de morbimortalidade por causa específica, tendo, como conseqüência, a persistência de diversos perfis de mortalidade em nosso país.

Como articular a transição epidemiológica com a nutricional?

Seguindo essa lógica, poderíamos perguntar: como as transições nutricional e epidemiológica estão articuladas? Em outras palavras, a transição nutricional seria causa ou conseqüência da transição epidemiológica? Parece não haver ainda, na literatura, total resposta a essas questões.

Pensemos juntos.

♦ Há décadas as doenças infecciosas eram importantes causas de morbimortalidade em nosso meio e a desnutrição o principal problema nutricional. Também já se reconhece que a desnutrição compromete o estado de saúde e favorece o aparecimento, a gravidade e a mortalidade por doenças infecciosas. É o ciclo vicioso desnutrição–infecção. Temos ainda a diminuição da desnutrição no panorama nutricional e a redução significativa nas taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas e nas causas de mortalidade. Parece claro a relação entre os perfis de saúde e nutrição.

O declínio da desnutrição entre a população não-indígena pode ser atribuído ao aumento moderado da renda familiar e da oferta de serviços essenciais (saúde, saneamento e educação), associado às mudanças demográficas como a maior urbanização do país e a queda das taxas de fecundidade. Programas de suplementação alimentar poderiam estar influenciando favoravelmente a disponibilidade de alimentos domiciliares.

- Agora podemos pensar em outro produto da transição nutricional, a obesidade. A obesidade está em ascensão nos adultos. Também há mudança no perfil de morbimortalidade, com predomínio das doenças crônicas não-transmissíveis, como as DCV, que têm estreita relação com a obesidade. Como pensar esta relação: o fato do aumento da obesidade é causa do perfil de morbimortalidade? Seria a transição nutricional, com surgimento da obesidade, responsável pelo perfil de morbimortalidade por DCV nos dias atuais?

Para entender a ascensão da obesidade, precisamos de informações sobre o consumo alimentar e sobre a atividade física dos indivíduos. Para essa última, temos poucos estudos no Brasil. Porém, o estilo de vida sedentário está presente nas sociedades modernas, pois a industrialização e a informatização geram ocupações com reduzido gasto energético. Quanto ao consumo alimentar, há atualmente uma modificação de padrão de consumo rumo a uma "dieta ocidental", rica em gordura animal, açúcar e alimentos industrializados, com concomitante redução do consumo de carboidratos complexos e fibras (POPKIN, 1993).

Caso tenha interesse em ler o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, ele está disponível na página eletrônica do Ministério da Saúde, na opção documentos.

Com base na alta prevalência de obesidade no mundo e nas mudanças dietéticas e a tendência mundial de baixo consumo de frutas, legumes e verduras, a OMS desenvolveu e aprovou a Estratégia Global (EG) sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, recomendando esforços para enfrentar a obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Alguns países, dentre eles o Brasil, a partir desta estratégia criaram propostas de atuação no sentido de recomendar a prática da atividade física e incentivar o aumento do consumo de frutas, verduras e legumes. A publicação do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2006a) baseou-se nessas recomendações.

No Brasil, este perfil tem sido observado por pesquisas de orçamentos familiares e de inquéritos específicos de cidades brasileiras, em especial:

- De 1997 a 1998 foi realizado em sete cidades brasileiras (São Paulo, Campinas, Curitiba, Ouro Preto, Rio de Janeiro, Goiânia e Salvador), o *Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar* (GALEAZZI; DOMENE; SCHIERI, 1997). Seus resultados apontaram que a adequação energética da ração alimentar da maioria das famílias residentes nessas sete cidades está acima do preconizado pelas recomendações internacionais, embora nas famílias que recebem renda até dois salários mínimos esta *performance* seja inferior. A inadequação no consumo

de cálcio, ferro, retinol e vitamina B12 atingiu níveis de inadequação entre 20% e 70%.

- Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE apontaram que, nas grandes metrópoles brasileiras, o gasto com a alimentação tem se associado ao aumento de consumo de alimentos altamente energéticos, como produtos industrializados (principalmente biscoitos e refrigerantes), persistência no consumo de açúcar e aumento sistemático no teor de gordura em geral (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004; LEVY-COSTA et al., 2005).
- A PNAD/IBGE/MDS (2004), usando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia), apontou que 34,8% da população brasileira encontra-se em situação de insegurança alimentar, sendo 6,5% na categoria grave.

Insegurança alimentar é um conceito que engloba desde a percepção de preocupação e angústia ante a incerteza de dispor regularmente de comida até a vivência da fome por não ter o que comer o dia inteiro, passando pela perda da qualidade nutritiva, incluindo a diminuição da diversidade da dieta e da quantidade de alimentos, sendo estas as estratégias para enfrentar tal adversidade (BICKEL et al., 2000; WOLFE; FRONGILLO JUNIOR, 2001).

Concluindo nosso estudo, podemos considerar o perfil nutricional brasileiro bastante complexo e heterogêneo. O país convive com vários problemas de forma concomitante. Além das diferenças entre os principais grupos etários, temos diversidades geográficas, sociais, culturais em um país de grande dimensão territorial.

Percebemos, ainda, que temos muito trabalho pela frente no controle e na prevenção dos agravos, assim como na promoção da saúde. Sem dúvida, deve-se respeitar a diversidade dos problemas e estar perto da realidade de cada local, para então conhecer, decidir, agir, avaliar... modificar, atuar novamente.

Conhecer o perfil nutricional é o primeiro passo para pensar e propor soluções. Conhecer a realidade de cada local certamente tornará as ações de saúde, alimentação e nutrição mais oportunas e de resultados promissores.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

1. Considerando a complexidade do perfil nutricional brasileiro e a importância dessas informações para os serviços de saúde, identifique se existe algum estudo sobre a situação nutricional e alimentar em seu município, estado ou região. Caso você não conheça, procure informar-se a respeito do que foi feito em sua localidade:

- Qual estudo foi realizado?
- Quando ele foi realizado?
- Quem ou qual organização o fez?
- Qual foi a população estudada?
- Quais foram os resultados obtidos?
- Quais foram as conclusões do estudo?

2. Com base nas informações descritas anteriormente, aponte os possíveis determinantes da situação encontrada e identifique se houve alguma ação específica para solucionar o problema ou os problemas identificados pelo estudo.

Referências

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal ($kg.m^{-2}$) como indicador do estado nutricional de adultos: uma revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-16, 1992.

BARRETO, L. M.; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000.

BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L. O. C. Prevenção e tratamento da anemia nutricional ferropriva: novos enfoques e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 411-415, 1996.

______; RISSIN, A. Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para seu controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 130-135, 1993.

______; ______. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S181-S191, 2003. Suplemento 1.

______; SHIRAIWA, T. Indicadores de saúde para um sistema de vigilância nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 105-116, 1989.

BEGHIN, I. Le modèle causal dans la surveillance nutritionnelle. *Options Méditerranéennes*, Serie B, n. 41, p. 29-36, 2002.

BEMFAM. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro, 1996.

BICKEL, G. et al. *Measuring food security in the United States: guide to measuring household food security*. Alexandria: U.S. Department of Agriculture/Office of Analysis, Nutrition, and Evaluation, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. *Cadernos de Debate,* Campinas, 1997. Volume especial.

______. ______. *Guia alimentar para a população brasileira*: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, 2006a. 210 p.

______. ______. *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição*: resultados preliminares e condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Brasília: IPED; IBGE; Inan, 1990.

______. ______. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, v. 110, 11 jun. 1999. Seção 1, p. 14.

______. ______. *Saúde Brasil 2004*: uma análise da situação de saúde. Brasília, 2004. 364 p.

______. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Chamada nutricional*: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Brasília, 2005. 116 p.

______. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa de orçamentos familiares (POF)*, 2002–2003: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006b.

BRAY, G. Obesidad. In: BOWMAN, B. A. (Ed.); RUSSELL, R. M. (Ed.). *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1991. (Publicación científica, 532)

BUSS, P. M. *Situação de saúde, atenção primária e sistemas locais de saúde.* Rio de Janeiro, 1998. Mimeografado.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 125-132, 2000.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletin da Oficina Sanitária Panamericana*, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil:* aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989. Rio de Janeiro: Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais, 1992.

______. *Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003*: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

______. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003*: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2006.

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

MARTELL, M. et al. Velocidad de crecimiento en niños nacidos pretermino y con bajo peso. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Crecimiento y desarrollo*: hechos y tendencias. Washington, DC, 1988. (Publicación científica, 510)

MONTEIRO, C. A. *O panorama da nutrição infantil nos anos 90.* Brasília: Unicef, 1997. (Cadernos de políticas sociais. Série documentos para discussão, 1)

______ (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000.

______; CONDE, W. L. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000.

______ et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000a.

______ et al. Evolução da desnutrição infantil. In: MONTEIRO, C. A. (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000b.

______ et al. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre desigualdade regionais. In: MONTEIRO, C. A. (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil:* a evolução do país e suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000c.

______; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 62-72, 2000.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fundation Quarterly*, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia*: teoria e prática. 4. reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

POPKIN, B. M. Nutritional patterns and transitions. *Population and Development Review.*, v. 19, n. 1, p. 138-157, 1993.

UNITED NATIONS. Administrative Committee on Coordination. Sub-Committee on Nutrition. *Fourth report on the world nutrition situation*: nutrition throughout the life cycle. Geneva, 2000. 121p. Colaboração do International Food Policy Research Institute. Disponível em: <http://www.ifpri.org/pubs/books/4thrpt/4threport.pdf>

VASCONCELOS, F. A. G. *Avaliação nutricional de coletividades.* 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2007.

VICTORA, C. G. et al. *Epidemiologia da desigualdade*: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

WOLFE, W. S.; FRONGILLO JUNIOR, E. A. Building household food-security measurement tools from the ground up. *Food and Nutrition Bulletin*, Boston, n. 22, p. 5-12, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee. *Physical status*: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf>

______. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneve, 2004.

______. *Obesity*: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1997.

______. Dept. of Nutrition for Health and Development. *Turning the tide of malnutrition*: responding to the challenge of the 21st. Century. Geneva, 2002.

5. Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil

Luciene Burlandy Campos de Alcântara
Silvia Ângela Gugelmin

Iniciaremos este capítulo com algumas reflexões sobre a prática profissional e a execução das políticas e dos programas nacionais de alimentação e nutrição, por meio de descrição de situações reais. No decorrer do texto, serão discutidas as ações governamentais na área da alimentação e nutrição, seus desafios e as perspectivas em vista da Pnan. Apresentamos, a seguir, situações ilustrativas do cotidiano que pretendem "alimentar" o diálogo com o texto e as atividades posteriores.

Foi um grande desafio assumir a coordenação do projeto Educação à Mesa em Guaribas, uma vez que esta cidade tem o menor Índice de Desenvolvimento Humano do país. [...] Para começar o trabalho tivemos de observar a cultura da comunidade, a sua forma de viver, optamos por morar na cidade. [...] É uma cidade muito isolada. Vivemos alguns momentos bem difíceis por causa das carências da cidade. No inverno, quando chove, a cidade fica quase sem acesso, não chega comida. Para dar início ao trabalho, fizemos uma reunião com todos os segmentos: o pessoal das secretarias, as ONGs, igrejas [...] – todos vieram para a reunião [...] Trabalhamos a auto-estima e também as questões de cidadania e geração de renda. Em paralelo, fizemos um trabalho com os artesãos da cidade, criando o embrião de uma loja de artesanato.

Fonte: Capristano (2004, p. 4).

Para refletir

Em sua comunidade existe algum programa para melhorar as condições de saúde e nutrição da população? Caso não haja, o que você consideraria importante observar na hora de implantar um programa?

A merenda escolar é o maior e mais antigo programa de alimentação do país, com 49 anos. [...] Em alguns lugares do Brasil, a merenda é a única refeição diária de meninas e meninos, mas nem sempre as necessidades calóricas são plenamente atendidas. [...] A pesquisa, feita por Gilma Sturion, da USP, em dez cidades das cinco regiões concluiu que falta alimentação adequada, estrutura técnica e mão-de-obra para a produção de merenda na rede de escolas públicas. Foram investigadas escolas públicas de Parnaíba e Brasileira (PI), Abaetetuba e Tailândia (PA), Contagem e Baldim (MG), Anápolis e Itaguaru (GO), Joinville e Ponte Serrada (SC). Na maioria dos municípios a merenda não supre sequer 8% das necessidades diárias e há rejeição dos cardápios, por mais que tenham sido alterados e regionalizados. Que adolescente come frango com polenta às 10h30? [...] E ainda com colher, porque na maioria das escolas não há garfo e faca. Ou sopa quente em pleno verão do Pará?

Fonte: Aggege (2003).

Para refletir

Como vem se desenvolvendo o programa de alimentação escolar em sua região? Em que medida ele supera o caráter assistencialista, incorporando a garantia do direito a uma alimentação adequada?

Os alimentos oferecidos na escola indígena são os mesmos oferecidos na escola não-indígena? Investigue os motivos das possíveis diferenças e semelhanças.

Mais uma reportagem que merece reflexão e discussão diz respeito aos programas de renda mínima do governo federal, ou seja, programas que oferecem auxílio financeiro para complementar a renda de famílias cujo rendimento mensal é menor que um salário mínimo (tema discutido mais adiante). Mas será que o Programa Bolsa Família (PBF) implantado pelo governo federal tem conseguido beneficiar crianças e gestantes de baixa renda? Vamos ver o que a reportagem nos diz.

COMERCIANTES FAZIAM SAQUES EM MERCADOS COM OS CARTÕES DO PROGRAMA

Três comerciantes de Manoel Ribas (PR) foram denunciados por índios da Reserva do Ivaí com a acusação de se apropriarem indevidamente dos benefícios do Programa Bolsa Família. A investigação veio com o flagrante de 64 cartões, em posse dos indiciados, espalhados em estabelecimentos. Cada cartão tinha um adesivo com as senhas das famílias, permitindo que os comerciantes fizessem o saque. De acordo com dados fornecidos pela delegacia da região, as denúncias partiram dos próprios índios que estavam se sentindo prejudicados. Para o investigador do caso, Ademir Muniz da Silveira, o que está faltando é uma orientação sobre os procedimentos do programa. 'Muitos indígenas não sabem como lidar com isso'. Os três comerciantes chegaram a ser presos, mas foram liberados e responderão ao processo em liberdade. Se condenados, poderão pegar até quatro anos de reclusão.

Fonte: Borges (2006, p. 6).

Para refletir
Investigue sobre os critérios utilizados no PBF para que uma pessoa receba o benefício. Você considera os critérios aplicáveis aos povos indígenas? Por quê?
É possível diminuir as desigualdades e melhorar as condições de vida da população por meio dos programas de renda mínima. Por quê?

As apropriações indevidas de programas públicos sempre existirão, portanto, é importante pensar no percentual de erros de focalização de um determinado programa em relação a outros programas semelhantes. Com o objetivo de acompanhar essa situação, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (CEDEPLAR/UFMG), realizou uma pesquisa sobre o Bolsa Família. Teve como objetivos principais: 1) analisar o papel dos gestores municipais na gerência do programa e no cumprimento das obrigações definidas pelo MDS; 2) analisar o papel das instâncias de controle social do PBF no cumprimento de suas funções; 3) analisar a experiência dos municípios com os sistemas eletrônicos de informação sobre freqüência escolar, saúde e gestão de benefícios; 4) avaliar a implementação no âmbito local em face da descentralização e das relações intergovernamentais; 5) analisar os efeitos diferenciais do PBF entre famílias beneficiárias e não-beneficiárias, incor-

Para conhecer melhor os resultados do trabalho consulte o endereço eletrônico da CEDEPLAR/MG.

A discussão sobre programas e ações públicas no campo da alimentação e nutrição com o enfoque nas populações indígenas brasileiras será realizada ao final deste livro, no Capítulo 9, "Políticas públicas e intervenções nutricionais".

porando a heterogeneidade nacional das capacidades municipais. Os resultados possibilitaram corrigir distorções e reavaliar as estratégias de implantação e implementação do programa.

As situações descritas anteriormente são comuns em nosso cotidiano urbano e não muito diferentes daquelas encontradas entre os povos indígenas. Mas por que, mesmo com programas e ações públicas desenvolvidos pelo Estado, no campo da alimentação e nutrição, uma parte da população ainda apresenta problemas nutricionais?

Política pública é um conjunto de políticas econômicas, sociais e ambientais implementadas pelo governo (seja no âmbito federal, estadual ou municipal), em conjunto ou não com a sociedade civil, visando atender demandas específicas da sociedade. Ela tem um caráter estatal, ainda que sua execução possa envolver outros agentes sociais ou privados.

Para responder a tal pergunta, é importante conhecer em que contexto surgem as ações, programas e políticas de alimentação e nutrição no Brasil, como são desenvolvidas, quais são as dificuldades encontradas e os resultados atingidos. Ou seja, entender que as políticas públicas e os programas implementados fazem parte de um contexto histórico, social e ideológico e que, por isso, nem sempre trazem mudanças sociais e alteração do estado nutricional da população.

Convidamos você a conhecer mais detalhadamente alguns conceitos fundamentais e o contexto atual das políticas de alimentação e nutrição no Brasil.

Como podemos definir políticas públicas?

Desigualdade social refere-se às diferenças na distribuição das riquezas produzidas e/ou apropriadas pela sociedade, ou seja, acesso diferenciado de renda, educação, moradia, serviços (serviços de saúde, abastecimento de água e saneamento ambiental), emprego, bens de consumo, terra, bem como no poder de decisão e de influência social. Essas diferenças são consideradas injustas (iniqüidade) se elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas e/ou acesso a mais ou poucos recursos.

Podemos caracterizar as políticas públicas como:

- **Estruturais:** voltadas para as causas mais profundas, implicam mudanças na macroeconomia do país, na estrutura social, na questão agrária e ambiental. Devem ser adotadas pelo governo federal, em parceria com os estados e os municípios, objetivando a redução da desigualdade social existente no país.
- **Emergenciais ou compensatórias:** adotadas para atender regiões geográficas, comunidades, famílias que apresentam problemas de auto-sustentabilidade econômica e vulnerabilidade social e/ou biológica.

O conceito de eqüidade já foi trabalhado neste livro, no Capítulo 3, "Políticas públicas em saúde para os povos indígenas".

Na história de práticas assistencialistas em nosso país, as políticas emergenciais sempre sofreram e ainda sofrem resistência, pois apenas amenizam os efeitos perversos de situações de injustiça social, não superando os fatores que promovem a desigualdade e a pobreza. A maioria delas

gera dependência e clientelismo, tornando-se moeda de troca em determinados momentos políticos e um campo fértil para desvio de recursos e para a corrupção (MALUF, 2000).

Em situações de risco, como seca, enchente ou carências alimentares extremas, as políticas, as ações e os programas compensatórios são essenciais para a sobrevivência dos sujeitos que vivem nessas condições. É importante que eles sejam concebidos de forma a manter a autonomia, a não-dependência e os direitos dos beneficiários.

Autonomia consiste na qualidade de um indivíduo tomar suas próprias decisões, com base em sua razão/consciência individual.

No Brasil, as políticas públicas geralmente se originam valendo-se da pressão da sociedade civil sobre o governo. Na área de alimentação e nutrição, por exemplo, a mobilização da sociedade, em 1993, durante a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, deu impulso à constituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e gerou o compromisso do governo em implantar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Esta, no entanto, foi sancionada como lei somente em 2006, após muitos entraves políticos.

Leia o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde para aprofundar seus conhecimentos. Disponível no site do Ministério da Saúde.

A área de alimentação e nutrição tem sido um dos campos de atuação das políticas e dos programas públicos no Brasil. Podemos citar, dentre várias propostas, a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada na Portaria n. 687 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), e que apresenta como uma de suas estratégias a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo à alimentação saudável e atividade física; e a Portaria n. 1.357 de 23/06/2006 (BRASIL, 2006c), do Ministério da Saúde, que define recursos financeiros para incentivar a organização e a estruturação de ações de alimentação e nutrição nas capitais do país, incluindo ações educativas; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan); programas de suplementação de ferro e vitamina A.

Promoção da Saúde significa atuação, intersetorial e com a participação da comunidade, para modificar os condicionantes e determinantes do processo saúde–doença, evitando que as pessoas se exponham ao risco de adoecer. É a atuação mais precoce que se pode conceber na história natural das doenças e agravos à saúde, pois busca a melhoria da qualidade de vida e a afirmação do direito à vida e à saúde, potencializando formas mais amplas de intervir em saúde.

O conceito de promoção da saúde também já foi discutido no Capítulo 3.

Para refletir

Qual é a sua definição de políticas públicas? O que você considera importante na construção de uma política pública?

Vamos agora discutir as trajetórias e as conjunturas das diversas políticas de alimentação e nutrição implementadas no Brasil nos últimos anos.

As políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil

Quando falamos da política de alimentação e nutrição, estamos no referindo, na verdade, às ações desenvolvidas pelos governos (federal, estadual e municipal) em conjunto com a sociedade, para garantir o direito à alimentação a toda população e também intervir nas conseqüências negativas de uma alimentação não saudável. Desde a década de 1930 os governos vêm realizando ações desse tipo por meio de diferentes programas que atuam em três grandes linhas:

- Suplementação alimentar/oferta de refeições para grupos específicos: são programas de distribuição de alimentos. Como exemplos, temos o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), os programas de distribuição de leite para crianças com déficit nutricional, que foram reeditados por diferentes governos ao longo das últimas décadas.
- Produção e comercialização de alimentos: são programas que incentivam os pequenos e médios produtores e a venda mais barata de seus produtos para populações carentes. Como exemplos, temos os sacolões itinerantes e o Programa de Apoio à Agricultura Familiar.
- Educação alimentar: estão presentes em praticamente todos os programas desenvolvidos, ainda que nem sempre efetivados. Como exemplos, temos os diversos materiais informativos produzidos pelo Ministério da Saúde como cartazes, vídeos, manuais, panfletos etc.

Mais recentemente, o governo federal tem utilizado uma nova linha de atuação, da *transferência ou complementação de renda ou programas de garantia de renda mínima*, que propicia às famílias com rendimento mensal menor que meio salário-mínimo o acesso aos alimentos por meio de auxílio financeiro. Como exemplos, temos os programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás, entre outros. Todos esses exemplos são considerados políticas compensatórias.

Os programas de garantia de renda mínima começaram a ser formulados nos países desenvolvidos no século XX, à medida que foi consolidado o chamado Estado de Bem-Estar-Social. O objetivo era criar uma rede de proteção social para as populações mais pobres, com base na transferência de renda complementar. Um dos primeiros programas nessa linha foi instituído pelo governo britânico em 1908. Uma vez que a economia brasileira é caracterizada pelo elevado grau de concentração de renda e de riqueza, a implantação da garantia de uma renda mínima – a transferência de recursos em dinheiro para pessoas ou famílias que não alcançam determinado patamar de renda – é considerada um dos principais instrumentos para combater a miséria. No Brasil, os programas de garantia de renda mínima entraram na agenda política no início da década de 1990, com a campanha nacional da Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, liderada pelo sociólogo Betinho, e pela aprovação no Senado do projeto de lei que institui o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM). Neste programa, toda pessoa de 25 anos ou mais que não recebesse o equivalente, hoje, a cerca de R$ 350,00 teria o direito de receber 30% ou até 50% da diferença entre aquela quantia e sua renda (POLÍTICAS, 2002).

No Quadro 1 se observa a descrição desses programas e o processo de fusão de todos eles no Programa Bolsa Família, ocorrido em 2003. Além disso, há um resumo das ações desenvolvidas pelo governo federal na área da alimentação e nutrição, destacando os principais objetivos de cada ação, suas características e aspectos conjunturais.

Quadro 1 – A política federal de alimentação e nutrição em diferentes conjunturas

Período	Instituições	Principais objetivos	Características e conjuntura
1940- 1972	Saps – Serviço de Alimentação da Previdência Social (1940) CNA – Comissão Nacional de Alimentação (1945) INN – Instituto Nacional de Nutrição (1946) MEC – Ministério da Educação e Cultura (1955)	- Elaborar a Política Nacional de Alimentação com base em informações sobre desnutrição e hábitos alimentares. - Fornecer refeições e educação alimentar a trabalhadores. - Fornecer merenda escolar. - Desenvolver inquéritos (estímulo à pesquisa). - Desenvolver tecnologias para a indústria de alimentos.	- Programas verticais e centralizados. - Forte perspectiva desenvolvimentista. - Fome e desnutrição associadas ao subdesenvolvimento. - O único programa que sobrevive a este período é o da merenda escolar (criado em 1955 e ainda em vigor).
1972-1990	Inan/MS – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde (1972-1997) MTb – Ministério do Trabalho (1977, ainda em vigor) MEC/FAE – Ministério da Educação e Cultura/Fundação de Assistência ao Educando (1955, ainda em vigor) LBA – Legião Brasileira de Assistência (1976-1993) Cobal – Companhia Brasileira de Alimentos, Ministério da Agricultura (1977-1989)	- I Pronan (1973-1974) e II Pronan (1976-1990) – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. - Suplementação alimentar: gestantes, nutrizes, crianças, trabalhadores e escolares. - Racionalização do processo de produção e comercialização de alimentos básicos. - Educação alimentar: fatores de risco ligados à desnutrição infantil. - Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (1983, ainda em vigor).	- Programas verticais e centralizados. - Expansão desordenada do aparato burocrático do Estado. - Superposição de ações. - Centralização da política no nível federal. - Diagnósticos de nível nacional: em 1974, Estudo Nacional de Despesas Familiares (Endef); em 1989, Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN).
1990-1993	Além das instituições anteriores, a Companhia Nacional de Abastecimento (Conab, 1990, ainda em vigor).	- Formalmente mantêm-se os objetivos já traçados no período anterior. - Introduzida a distribuição de estoques públicos a famílias vitimadas pela seca.	- Esvaziamento técnico e político das instituições de política social. - São mantidos as atribuições e os programas, mas com uma redução drástica de recursos; a operacionalização é extremamente prejudicada.
1993-1994	Mantêm-se as instituições. É criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea, 1993-1995), composto por sete ministros de Estado e 21 representantes da sociedade civil.	- Mesmos programas, mas gerenciados sob novos princípios contidos no Plano de Combate à Fome e à Miséria: parceria Estado/sociedade e intragovernamental. - Descentralização, solidariedade, coordenação de ações de diferentes setores governamentais, melhor gerenciamento dos programas existentes para potencializar os resultados a serem obtidos com os recursos disponíveis.	- Diagnóstico do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea): 32 milhões de indigentes, famintos. - A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é assim assumida como componente estratégico de governo federal. - Conjugação de ações voltadas para grupos específicos, vulneráveis com ações direcionadas a toda população, particularmente a garantia da qualidade (biológica, sanitária nutricional e tecnológica) dos alimentos e o estímulo a práticas alimentares saudáveis.

Quadro 1 – A política federal de alimentação e nutrição em diferentes conjunturas (cont.)

Período	Instituições	Principais objetivos	Características e conjuntura
1995-2002	É criado o Comunidade Solidária (CS) para gerenciar os programas de combate à fome e à pobreza (1995).	Os programas são mantidos e gerenciados pelo CS sob os princípios anteriores com ênfase na constituição de redes de parceria (pactuação solidária). No ano de 2001 é criado o Programa Bolsa Alimentação, ligado ao Ministério da Saúde, que destina um montante de R$15,00/mês para crianças de 6 meses até 6 anos e 11 meses, gestantes e nutrizes em risco nutricional que pertençam a famílias com renda *per capita* de até meio salário-mínimo por mês. A área de nutrição do Ministério da Saúde é fortalecida, constituindo uma Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição e atuando principalmente nas seguintes frentes: estímulo às ações intersetoriais visando ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.	A SAN perde destaque como política universalizante e prioriza-se a estratégia de focalização nos grupos vulneráveis.
2003 - 2007	São criados o Programa Fome Zero e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Nutricional (MESA), extinto em 2004 e integrado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Este ministério também assume a gestão das ações de assistência social.	- Criação do Cartão Alimentação vinculado ao MESA e, posteriormente, integrado ao MDS junto com os demais programas de transferência de renda (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Vale Gás). - Unificação de todos os programas em um só, chamado Bolsa Família. O programa tem o objetivo de fornecer um crédito de até R$ 95,00 para as famílias beneficiadas. O recurso destina-se à compra de alimentos e às ações de desenvolvimento infantil. O programa foi implantado inicialmente em municípios do semi-árido do Nordeste e do norte do estado de Minas Gerais, priorizados devido à severa estiagem que atingiu a região no ano de 2003; posteriormente foi ampliado para todos os estados brasileiros.	- A SAN volta a ter uma maior visibilidade do ponto de vista político. - O Consea é retomado em 2003, composto por 2/3 de representantes da sociedade civil e 1/3 de ministérios envolvidos com a temática da SAN. Multiplicam-se por todo o país os conselhos e fóruns estaduais e municipais de SAN. - 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em 2004, formula diretrizes para a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). - Elaborado o projeto de lei para instituir o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), em 2005. - A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) é assinada pelo presidente da República em 2006. - 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em 2007, delibera sobre a construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e implementação da PNSAN.

Fonte: Adaptação de Burlandy (2004).

Política intersetorial é a ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais, econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, movimentos sociais, autoridades locais, indústria, comércio e mídia. Nota-se que ainda é bastante frágil a incorporação da intersetorialidade nas ações e políticas públicas, e muito menos nas políticas de segurança alimentar e nutricional. É preciso construir espaços de articulação e coordenação destas ações, espaços para debater enfoques e prioridades, formar parcerias e garantir que os recursos cheguem realmente à população que necessita. A intersetorialidade é um elemento chave da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e do Sisvan.

Observamos que as três grandes linhas de ação citadas estavam presentes nos objetivos dos diferentes programas implantados nas décadas de 1970 e 1980. Também identificamos que os principais beneficiários dessas políticas têm sido as crianças, gestantes, escolares e trabalhadores. Além disso, as medidas incluíam, e ainda incluem, intervenções realizadas por diferentes instituições, ministérios e setores do governo: a saúde, a educação, o trabalho e a agricultura. Por isso a política de alimentação e nutrição implementada no Brasil pode ser chamada de política intersetorial.

Para refletir

Com base na identificação inicial de políticas e programas desenvolvidos em seu cotidiano (atividade de reflexão realizada no início deste capítulo), como você agruparia essas ações? Procure descrever os elementos que você considerou para agrupá-los.

Mas depois de tantos anos de programas e ações de alimentação e nutrição, o que se pode dizer sobre os resultados?

No Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, alguns estudos que tentaram avaliar esses programas mostraram que, embora haja alguma melhora do estado nutricional da população, nem sempre são atendidos aqueles mais necessitados, dentre eles as minorias étnicas, a população de rua e os sem-terra. Em geral, o número de beneficiários é inferior ao divulgado pelo governo; em alguns casos, os inscritos nos programas não recebem os alimentos, e, inúmeras vezes, a distribuição é interrompida por falta de verbas. Além disso, os programas não consideram a sociodiversidade existente no Brasil, o que dificulta ainda mais sua execução e, conseqüentemente, os resultados de melhora da saúde desses grupos.

Por outro lado, considerando que esses programas são desenvolvidos por diferentes setores do governo e mesmo distintos ministérios (Saúde, Educação, Assistência Social, Trabalho, Agricultura), percebe-se que não há articulação entre eles. As ações carecem de uma real coordenação que, por sua vez, dificilmente pode ser feita por um desses ministérios como, por exemplo, o da Saúde, ou por uma instituição de alimentação e nutrição, como o antigo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), extinto em 1997.

Para que uma instância possa realizar a articulação entre as diferentes ações, ela deve ter um peso político maior do que os próprios ministérios. Além disso, deve formular diretrizes que incluam as ações desenvolvidas por cada um no bojo de uma política mais ampla do que as próprias políticas setoriais.

Até aqui, podemos destacar que a política de alimentação e nutrição:

- Inclui ações tanto do governo, quanto da sociedade;
- Essas ações são desenvolvidas por diferentes setores (saúde, educação etc.);
- Historicamente, elas têm se desenvolvido nas linhas de suplementação alimentar, apoio ao processo de comercialização/produção de alimentos e educação nutricional;
- Os principais grupos atendidos têm sido as crianças e gestantes (através da rede de saúde), escolares e trabalhadores;
- Requer que dois grandes desafios sejam enfrentados: o de articular e coordenar as ações e o de alcançar os grupos populacionais que mais precisam das intervenções, fazendo que os recursos cheguem até eles.

Os desafios das políticas de alimentação e nutrição

Em 1993, o combate à fome é eleito como prioridade nacional e elabora-se um plano de ação. Nesse plano, são previstas estratégias de maior eficácia dos programas na obtenção de seus fins e eficiência na alocação de recursos (gastar naquilo que é prioridade e com a melhor relação custo/benefício possível). Uma questão-chave a ser enfrentada é fazer com que os programas atinjam os grupos mais vulneráveis – focalização.

Como identificar quem mais precisa de uma ação de combate à fome? Responder a essa pergunta exige que as desigualdades sejam tratadas, na ótica da justiça social, com base na definição de critérios que estabeleçam prioridades. Essa definição é técnica, exigindo indicadores, sistemas de informação como o Sisvan e diagnósticos populacionais. Ao mesmo tempo, ela é política, considerando os processos de negociação de interesses entre os grupos envolvidos na formulação e implantação das ações.

Focalização – Considerando a importância do conceito de focalização, especialmente em sua relação com o Sisvan, é necessário entender um pouco mais sobre ele. A focalização pode ser abordada de duas formas. Um primeiro enfoque está fortemente relacionado a uma discussão internacional sobre os limites de atuação do Estado, ou seja, o que é função do Estado e o que não é. Assim, a focalização se destaca como seleção estratégica das ações que cabem ao Estado, para reduzi-las às funções que são consideradas essenciais. Por outro lado, no contexto da discussão em torno da capacidade dos programas sociais atenderem quem mais precisa deles, a focalização está associada à discriminação positiva, ou seja, como tratar de modo diferenciado demandas e grupos populacionais que são heterogêneos e desiguais. As desigualdades sociais em nosso país são imensas, levando alguns grupos populacionais a passar fome e a precisar de alimentos, outros não.

Como parte desta negociação, foram instituídos mecanismos de articulação e produção de acordos entre setores do governo (intersetorialidade) e Estado e sociedade (parcerias) em torno de prioridades. Esses mecanismos são, notadamente, os Conselhos e Comissões formados por representantes de diferentes setores de governo e da sociedade, que se unem para planejar uma ação conjunta de forma cooperativa, cada qual com sua função específica, ou para formular intervenções e propostas de políticas públicas, também de forma cooperativa, juntando esforços em função de um objetivo comum.

Você já conheceu o significado de controle social no Capítulo 3 deste livro.

Propostas de descentralização das ações também ganharam destaque, visando a uma maior autonomia de gestão dos municípios e maior controle por parte da população local sobre a implementação das políticas (controle social). Ou seja, a população, por meio de suas entidades representativas, tem garantido constitucionalmente sua participação no processo de formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução, em todos os níveis. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde, Conferências de Saúde, entre outros. Essa estratégia é compreendida como a única forma de identificar e abranger grupos sociais que ficam, por circunstâncias diversas, excluídos do processo de desenvolvimento do país.

A SAN é um conjunto de políticas, princípios e medidas que asseguram permanentemente para todos os indivíduos, independentemente de sua idade, etnia, sexo e ideologia, a oferta e o acesso aos alimentos, com preço adequado, em quantidade e qualidade necessárias para satisfazer as necessidades físicas e manter uma vida saudável e digna (VALENTE, 2002).

É nesse contexto que ganha destaque no país a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e a necessidade de estabelecer uma Pnan, cujo objetivo final é garantir o direito à alimentação e à nutrição a todos os indivíduos, para além daqueles que passam fome.

Segurança Alimentar e Nutricional

A SAN consiste na realização do direito humano ao acesso regular e permanente a uma alimentação saudável, de qualidade e quantidade suficiente, e que não comprometa o acesso a outras necessidades essenciais e ao sistema alimentar futuro. A base da segurança alimentar e nutricional são práticas alimentares saudáveis que respeitem as diversidades culturais e sejam sustentáveis do ponto de vista socioeconômico e agroecológico, assegurando o bem-estar e a saúde dos indivíduos (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2004).

Com base no conceito apresentado, observamos que uma política de SAN deve considerar:

- A produção e o acesso de alimentos em quantidade suficiente;
- A autonomia na produção de alimentos básicos;
- A oferta estável e permanente de alimentos;
- O controle de qualidade dos alimentos;
- A educação para o consumo saudável sustentável;
- A promoção de condições de saúde para permitir a melhor utilização dos alimentos pelo ser humano;
- A adequação do ponto de vista cultural, social, econômico, de saúde;
- A garantia da alimentação adequada como direito humano e de cidadania.

Para refletir

Qual é a sua definição de Segurança Alimentar e Nutricional?

Quais são as ações que você tem observado em seu cotidiano que garantam a segurança alimentar nutricional?

A SAN deve atuar tanto na dimensão alimentar, ou seja, na esfera da produção, distribuição, abastecimento e acesso aos alimentos, quanto no componente nutricional, envolvendo as práticas alimentares e a utilização biológica dos alimentos pelo organismo; dimensão que mantém relação íntima com os cuidados com a saúde, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e a presença de determinadas doenças, de forma a garantir todas as necessidades do indivíduo. Além disso, constitui um direito que deve ser garantido de forma adequada à cultura e às condições sociais dos diferentes segmentos populacionais.

Observamos, então, que a concepção de SAN tem relação direta com a proteção dos recursos naturais, como a água, o solo, as florestas, e seu uso sustentável de forma a não comprometer as necessidades das gerações futuras; e aproxima outros dois conceitos: o conceito de direito humano à alimentação e o de soberania alimentar. E o que são direitos humanos?

Práticas alimentares referem-se aos modos como os povos se alimentam e, em termos mais amplos, às atividades relacionadas com a alimentação.

Direitos humanos são as condições essenciais que todo ser humano tem pelo simples fato de ter nascido; sua garantia possibilita o pleno desenvolvimento de suas potencialidades. Os direitos humanos são universais. Todas as pessoas, independentemente da etnia, idade, religião, ideologia, orientação sexual, ou outra característica pessoal, são portadoras de direitos humanos. Qualquer forma de discriminação que mantenha ou promova desigualdades consiste em uma violação dos direitos humanos (AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS, 2005).

Os direitos humanos fundamentais foram firmados em um pacto mundial e constituem um conjunto de condições essenciais para que todos os seres humanos, de forma igualitária, participem plena e dignamente da vida em sociedade. A garantia desses direitos exige instrumentos legais pelos quais as pessoas possam reclamar seus direitos, e instituições públicas capazes de analisar e dar encaminhamento a essas solicitações.

Complementando essa perspectiva com a ótica da autonomia dos povos e nações, pressupõe-se que, embora o direito à alimentação seja para todos os seres humanos, cada país tem a prerrogativa de definir suas próprias políticas e estratégias para garanti-lo, respeitando as múltiplas características culturais dos povos. Isso seria "Soberania Alimentar".

Para refletir
Considerando as definições conceituais para direitos humanos, segurança alimentar e nutricional e soberania alimentar, como você pensa a aplicação desses conceitos em relação às populações indígenas, dada a diversidade étnica e cultural existente?

A relação entre políticas públicas e a SAN

Cabe destacar que o Estado brasileiro reconhece o direito humano à alimentação adequada na Constituição Federal de 1988 (artigo 5º) (BRASIL, 1988) e na Pnan de 1999 (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2003b), sendo signatário de todas as convenções internacionais em relação à garantia desse direito fundamental.

A garantia do direito à alimentação impõe a implementação de políticas públicas em diferentes setores (saúde, educação, trabalho, agricultura etc. – intersetorialidade), envolvendo ações integradas no âmbito da produção, comercialização, controle de qualidade, acesso e utilização do alimento nos níveis comunitário, familiar e individual.

Tanto a abordagem do Direito Humano à Alimentação quanto da SAN impõem um novo formato de políticas públicas em alimentação e nutrição baseadas numa perspectiva integradora, eqüitativa, não-discriminatória, socialmente participativa e universal.

A política da SAN diferencia-se das ações já desenvolvidas em cada setor ao tratar de forma integrada os fatores determinantes da situação alimentar e nutricional de uma população. Por exemplo, é importante conhecer como os alimentos são produzidos, o que é produzido, como são comercializados e consumidos, quais as relações com o processo saúde–doença e de que forma este alimento é utilizado e transformado pelo corpo humano. Esses fatores são de naturezas

distintas – econômica, psicossocial, ética, política, cultural, entre outras. Cada política setorial, pensada sob a ótica da SAN, necessita de um diálogo entre os diversos setores envolvidos e, conseqüentemente, de uma nova forma de atuação.

O sucesso de políticas públicas em alimentação e nutrição está na articulação entre os setores governamentais e na integração de ações de promoção/estímulo, apoio e proteção (BRASIL,2006e). Por exemplo, a prática do aleitamento materno exclusivo teve e ainda tem grande incentivo por meio de propagandas em veículos midiáticos, com a presença de atores conhecidos nacionalmente, e da Semana Nacional de Aleitamento Materno (estímulo). Além disso, o Estado promulgou leis que regulam a publicidade e a venda de alimentos infantis e chupetas (proteção) e desenvolveu, e ainda desenvolve, ações de promoção do aleitamento materno exclusivo, como a publicação de materiais didáticos – *Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2003a), *Guia alimentar para menores de dois anos* (BRASIL, 2002) – a implantação do Hospital Amigo da Criança, o projeto Carteiro Amigo, entre outros (apoio).

Os materiais didáticos citados podem ser encontrados na íntegra na página do Ministério da Saúde.

Muitas vezes as ações de determinados setores amortizam ou mesmo anulam o impacto dos demais, por exemplo:

- O setor saúde desempenha esforços para que a população adote escolhas saudáveis, mas as ações no campo da produção e comercialização de alimentos não favorecem maior disponibilidade de alimentos e refeições saudáveis para toda a população, ou geram por si só problemas de saúde, pelos riscos do processo produtivo;
- A política econômica adotada favorece o desemprego e, conseqüentemente, amplia a população em risco de insegurança alimentar. Os gastos com programas sociais não são suficientes para atender aos problemas gerados.

A SAN precisa ser assumida como uma proposta estratégica de todo o governo, articulando as ações setoriais e integrando o econômico e social em uma política de desenvolvimento para o país. A partir de 1990, o governo assume a SAN como um componente prioritário de suas ações, cria o Consea (extinto em 1995) e a Comunidade Solidária e desloca o eixo central de mobilização política do governo federal da temática da SAN para a pobreza.

Com a renovação do governo federal em 2003, o tema segurança alimentar e nutricional volta a surgir como prioridade nacional. Ainda que a temática do Combate à Fome tenha sido neste momento a face principal do discurso governamental, o Projeto Fome Zero consistiu em uma proposta de Política de Segurança Alimentar e Nutricional e abarcou ações de diferentes setores de governo (saúde, educação, trabalho, agricultura, dentre outros). Foram previstas tanto medidas emergenciais, destinadas aos grupos em situação de risco, quanto propostas voltadas para alterar os condicionantes mais estruturais do problema da insegurança alimentar, como geração de emprego e renda, reforma agrária e apoio à agricultura familiar.

A articulação entre os setores governamentais envolvidos nessas ações e o diálogo com a sociedade civil têm como espaço privilegiado a retomada do Consea. Nessa conjuntura, multiplicaram-se os Conseas estaduais e municipais, bem como os fóruns de SAN que congregam organizações da sociedade civil atuantes nesse campo.

Uma das ações do novo Consea foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em março de 2004, que teve como objetivo principal a formulação de diretrizes para a PNSAN. Dentre as propostas prioritárias, destaca-se, no âmbito do tema aqui tratado, a construção de um sistema nacional integrado de informações de SAN que possibilite o monitoramento da situação de segurança alimentar e nutricional dos diferentes grupos populacionais e subsidie a formulação da política nacional.

Diversos avanços aconteceram desde a realização da 2ª Conferência, a começar pela incorporação da SAN e do direito humano à alimentação adequada na agenda pública no Brasil, e pela apropriação das diferentes dimensões de soberania e segurança alimentar e nutricional pelos movimentos sociais. Também houve a reorientação e ampliação do Programa Nacional de Alimentação Escolar, a retomada da Pnan e a integração de ações e programas de diversas instâncias governamentais na direção da intersetorialidade.

Com a intensa mobilização social em 2006, o governo federal assinou a Lei n. 11.346, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan (BRASIL, 2006a). Em 2007 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a qual reafirmou a prioridade para a construção do Sisan e para a formulação e imple-

mentação da PNSAN, com o objetivo de consolidar o direito humano à alimentação adequada e a soberania alimentar.

Dessa forma, ao compreendermos a trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil e o contexto da SAN, podemos identificar a importante relação entre o Sisvan e a formulação e implementação de uma política de SAN. Essas relações serão analisadas a seguir.

Mesmo que você já conheça a Lei n. 11.346, de criação do Sisan, é importante fazer uma releitura, pois ela é um dos instrumentos norteadores da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Articulação das políticas públicas com o Sisvan

O Sisvan tem como objetivo principal fornecer informações que contribuam para o planejamento de intervenções em saúde e nutrição. O diagnóstico permanente contribui para a tomada de decisões e para a formulação de ações públicas, no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Além disso, contribui para a avaliação mais geral do impacto das intervenções implementadas, possibilitando um monitoramento indireto dos próprios programas de nutrição e saúde.

O Sisvan e as políticas públicas são amplamente discutidos no Capítulo 6 deste livro, "O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional". O volume 2 do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena* também trata da questão, na sua Parte II, "Diagnóstico nutricional coletivo".

Não há como separar a produção de informações (Sisvan) do processo de intervenção (política). Na realidade, o Sisvan vem ganhando destaque nas últimas décadas como um instrumento importante na definição de grupos prioritários para as ações em saúde e nutrição (focalização). Ele surge e se expande como parte da política de saúde e nutrição que vem se desenvolvendo ao longo das últimas décadas no país. Alguns fatores que explicam seus avanços e limitações só podem ser entendidos tomando-se por base o contexto mais amplo dessa política.

Para refletir
Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, como você vê a aproximação do Sisvan com sua realidade de trabalho?

O Sisvan e a focalização

Se a questão da SAN implica políticas públicas universalizantes, voltadas para toda a população, ela exige também que se considere de forma estratégica o combate à fome e suas conseqüências. No caso brasileiro, a

questão da falta de acesso ao alimento ainda é extremamente significativa para determinados grupos populacionais. Paralela à desnutrição, a obesidade vem assumindo grande importância no quadro nutricional da população, como temos estudado.

Além da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080) que dispõe sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), existem diversas normas publicadas pelo Ministério de Saúde, a fim de operacionalizar toda a estrutura e a organização do SUS, dentre as quais podemos destacar as NOB e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas).

Considerando a necessidade de ações que possam atingir os grupos mais vulneráveis, o Sisvan ganha destaque ao identificar o público prioritário das intervenções. Nessa conjuntura, ele passa a constituir um critério para repasse de verbas entre governo federal e municípios. Ou seja, a partir da regulamentação de normas que orientam o SUS, como a Norma Operacional Básica (NOB) editada em 1993, o Ministério da Saúde passou a estabelecer convênios para repasse de verbas (para o atendimento a crianças e gestantes em risco nutricional) somente com aqueles municípios que tinham o Sisvan implantado.

Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. O PAB é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas na NOB/1996 (BRASIL, 1997).

Com a NOB/1996 (BRASIL, 1997), ainda que esse repasse fosse automático, para que os municípios recebessem a parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB), eles precisavam ter o Sisvan implantado. Se de um lado esta exigência pôde abrir espaços para que municípios implantassem o Sisvan por motivos políticos, restringindo-se ao acompanhamento do estado nutricional dos segmentos atendidos pelo programa, de outro lado, conferiu destaque e expansão ao Sistema na década de 1990.

Essa questão fica ainda mais reforçada com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas/SUS) (BRASIL, 2001b), que ampliam as responsabilidades do município na atenção básica, dando maior destaque à atenção à saúde da criança e da mulher, com ações específicas de alimentação e nutrição:

- Combate às carências nutricionais, especialmente em crianças, assim como suplementação alimentar para gestantes com baixo peso;
- Implantação e alimentação regular da base de dados do VAN (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento);
- Promoção do aleitamento materno.

O Ministério da Saúde demonstrou um esforço de mudança no modelo assistencial por meio de um mecanismo de financiamento para a atenção básica com a criação de sucessivos programas, como o programa de Incentivo ao Combate a Carências Nutricionais (ICCN) em 1996

(já extinto), que disponibilizava um montante de recursos financeiros, calculado com base em modelos estatísticos de predição do estado nutricional, destinado à compra de leite e óleo de soja para recuperação nutricional das crianças; ou o Programa Bolsa Alimentação (PBA), lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde, que destinava um montante de R$15,00/mês para crianças de seis meses até seis anos e 11 meses, gestantes e nutrizes em risco nutricional que pertencessem a famílias com renda *per capita* de até meio salário-mínimo por mês; ou ainda pela fusão de todos os programas no PBF, destinado a famílias em situação de extrema pobreza. Todos esses programas exigiam, ou ainda exigem, alguns compromissos por parte da família, tais como: freqüência escolar dos filhos com idades entre seis e 15 anos; acompanhamento do estado de saúde e nutricional e cumprimento do calendário de vacinas através da rede de saúde; e a inexistência de trabalho infantil (até 15 anos). Lembre-se que todos esses programas foram discutidos no Quadro 1.

Com o PBF, implantado em 2004, a renda passa a ser o critério utilizado na seleção da população atendida, e o estado nutricional deixa de integrar os critérios seletivos, tornando-se um fator a mais a ser monitorado no acompanhamento das famílias. O setor saúde enfrenta o desafio de se estruturar ainda mais para garantir tanto o pleno monitoramento desses grupos atendidos quanto a realização das atividades educativas previstas na "Agenda de Compromissos".

Leia o Pacto da Saúde – Consolidação do Sistema Único – conjunto de publicações que documentam as suas diretrizes e foi publicado na Portaria/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. As publicações contemplam o Pacto da Saúde firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes. É o resultado de um intenso trabalho de discussão de cerca de dois anos, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 26 de janeiro de 2006, e na reunião de 9 de fevereiro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para refletir
Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, quais são os critérios utilizados pela Funasa para atender a questão da focalização no Sisvan Indígena? Como estão estruturadas as atividades previstas na "Agenda de Compromissos" do PBF em seu local de trabalho?
De que forma têm acontecido as parcerias com o município ou a rede de ensino? Quais são as dificuldades encontradas em sua realidade?

A vigilância alimentar e nutricional e a articulação intersetorial

Esforços foram empenhados para desenvolver uma política que coordene a ação de diferentes setores no interior do governo federal e entre este e a sociedade. No entanto, ainda é um desafio articular programas ligados a diversas instituições, que historicamente vêm atuando de forma não integrada. Por outro lado, o processo de descentralização de recursos e atribuições para os governos municipais vem exigindo que mecanismos de articulação entre as três esferas (federal, estadual e municipal) sejam fortalecidos.

As instâncias previstas para enfrentar esses desafios são:

- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e os Conseas estaduais e municipais, que articulam as ações ministeriais e o diálogo com a sociedade civil.
- Conselhos de Saúde (nacional, estadual e municipal) de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, profissionais e gestores, que têm como objetivo democratizar o processo decisório.
- Comissões intergestoras bipartites e tripartites.

Comissão intergestora bipartite é comissão de caráter paritário, ligada ao nível estadual de governo, composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o órgão de representação dos secretários municipais de saúde do estado, que atua como instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS no plano estadual.

Comissão intergestora tripartite é comissão de caráter paritário, ligada ao nível federal de governo, composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que assessora o Ministério da Saúde na operacionalização do SUS.

Alguns avanços para a articulação interinstitucional se destacam, como a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, que inclui em sua composição representantes do Conselho Nacional de Saúde e de outras instituições governamentais e não-governamentais no campo da alimentação e nutrição. O fortalecimento dessas instâncias é, portanto, crucial para o processo de integração dos diferentes setores governamentais ligados à política social, à saúde e ao campo da segurança alimentar.

O Sisvan pode constituir-se em um instrumento importante para a construção de ações que articulem diferentes setores. Ao monitorar dados sobre a situação alimentar e nutricional de uma dada população, possibilita uma análise integrada destas dimensões (da produção, da comercialização, do consumo e da utilização do alimento) e, conseqüentemente, a formulação de intervenções que integrem as ações setoriais.

Um exemplo de ações que integram diferentes setores é o estímulo à produção de determinados alimentos, como frutas, verduras e legumes, por parte da agricultura de pequeno porte, e o escoamento dessa produção por meio de programas como a alimentação escolar, restaurantes populares, dentre outros. Os pequenos produtores são apoiados, reduzindo-se os riscos de insegurança alimentar e nutricional a que estão submetidos, e, simultaneamente, estimula-se a maior produção, disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis.

O monitoramento alimentar e nutricional inclui informações que contemplam a cadeia alimentar (produção, comercialização, acesso, utilização biológica do alimento) e as referentes ao estado nutricional/estado de saúde. Ele permite que sejam pensadas estratégias que integram os diferentes setores, relacionando-as e contribuindo para que sejam formuladas intervenções em diferentes níveis:

- Nos serviços de saúde, reestruturando-o de modo a possibilitar um tratamento diferenciado ao usuário de risco e visando aprimorar a coleta, o registro e o processamento de dados;
- Ainda nos serviços de saúde, ao tratar tanto do plano alimentar como do nutricional, é reforçada a importância de que as intervenções implementadas contemplem de forma articulada os fatores biológicos, psicológicos e sociais que determinam o estado nutricional, contribuindo também para uma reorientação do modelo assistencial;
- No plano da formulação de políticas públicas, possibilita pensar ações para áreas específicas dos municípios, para o município como um todo, para o estado e suas diferentes realidades e, por fim, para todo o país, considerando as diferenciações regionais.

Na prática, o Sisvan não vem sendo implantado em todas as suas dimensões, restringindo-se muitas vezes à vigilância nutricional (sem contemplar os dados sobre a situação alimentar) e aos dados antropométricos da população materno-infantil de municípios beneficiários de programas do governo federal. Nos municípios onde atuam o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), preconiza-se a coleta domiciliar regular de dados nutricionais de crianças menores de dois anos de idade. Nos municípios que não dispõem desses programas, geralmente são coletadas apenas informações de parte da parcela da população que procura os serviços de saúde.

Cabe ressaltar que muitas localidades não dispõem ainda de equipamentos (balanças e outros instrumentos para avaliação nutricional), pessoal, transporte e infra-estrutura básica necessária para o desenvolvimento pleno da vigilância. A proposta do Sisvan potencializa a integração interinstitucional e fortalece uma concepção ampliada da questão alimentar articulada à saúde, que deve ser alcançada.

Agora que conhecemos o contexto da SAN no Brasil, percebemos que houve conquistas e avanços na compreensão e no enfrentamento da situação nutricional e alimentar, e que este é um dos eixos estratégicos para o desenvolvimento social e econômico do país. Vamos discutir então as diretrizes que norteiam a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil, a fim de identificarmos campos de atuação em nossa prática cotidiana.

Política Nacional de Alimentação e Nutrição: diretrizes gerais

A Pnan, aprovada em junho de 1999, consiste na definição, por parte do governo federal, particularmente do Ministério da Saúde, de objetivos, metas, diretrizes e funções de cada nível de governo na área de nutrição. Ela compõe um conjunto de ações governamentais destinadas à garantia do direito à alimentação e nutrição saudável, integrando tanto a Política Nacional de Saúde quanto o contexto da SAN (BRASIL, 1999b).

O objetivo central da Pnan consiste na garantia da qualidade dos alimentos disponibilizados para consumo no país, na promoção de práticas alimentares saudáveis, na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais, bem como em estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

As diretrizes gerais estão resumidas a seguir.

♦ Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos

Considerando que os determinantes do estado nutricional ultrapassam os aspectos biológicos, que são objeto de intervenção direta do setor saúde, a articulação intersetorial é definida como uma diretriz estratégica da Pnan. De acordo com o Art. 12 da Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), essa articulação se dá institucionalmente através da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, integrada pelos ministérios e órgãos envolvidos com a questão alimentar e nutricional e entidades representativas da sociedade civil.

♦ Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos

Esta diretriz inclui: fortalecimento das ações de vigilância sanitária, para preservar o valor nutricional e a qualidade sanitária dos alimentos; divulgação, em parceria com instituições governamentais e não-governamentais, de informações sobre qualidade e segurança dos alimentos aos consumidores; revisão e/ou adequação das normas técnicas e operacionais e instrumentos de fiscalização; atualização da legislação sanitária nacional sobre alimentos.

♦ Monitoramento da situação alimentar e nutricional

Esta diretriz refere-se à ampliação e ao aperfeiçoamento do Sisvan para gestantes e crianças, e sua incorporação nas rotinas de atendimento aos usuários da rede em todas as fases do curso de vida. Um segundo eixo trata da instalação de sítios sentinelas referentes a eventos de difícil mensuração, como hipovitaminose A e deficiência de iodo, principalmente em áreas e populações de elevado risco. Um terceiro eixo trata do mapeamento ao nível populacional das endemias carenciais.

Para refletir

Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, além das gestantes e crianças, outros grupos foram incorporados ao monitoramento da situação alimentar e nutricional no seu ambiente de trabalho? Se outros grupos ainda não foram incorporados, como você poderá contribuir para a ampliação desse monitoramento?

A informação nutricional é um direito da população, e os governos devem estabelecer metas claras sobre essa ação, considerando que ainda não é uma rotina amplamente implementada.

Além disso, está prevista a articulação das informações do Sisvan com outros sistemas, como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM),

o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), no qual será incluído o registro de formas graves de desnutrição, e o Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab). Em novembro de 2004, o Ministério da Saúde lançou um módulo informatizado de VAN (padronizando os indicadores a serem coletados), que possibilita uma desagregação dos dados para os níveis federal, estadual, municipal e até para os indivíduos, com informações que podem subsidiar as intervenções locais. Para que a vigilância seja fortalecida e ampliada para todas as fases da vida, é fundamental que haja uma definição clara dos papéis dos diferentes níveis de governo nesse processo, acompanhada de uma responsabilização dos gestores envolvidos.

O monitoramento da produção de alimentos e a análise crítica da evolução qualitativa e quantitativa de sua oferta e de seu consumo estão incluídos, bem como os indicadores macroeconômicos e sociais relacionados à situação alimentar. Essa diretriz visa especificamente ampliar a vigilância para além do aspecto nutricional.

♦ Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis

Esta diretriz inclui, dentre outras proposições: incentivo ao aleitamento materno; divulgação de conhecimentos sobre alimentos; prevenção dos problemas nutricionais e doenças crônicas não-transmissíveis; direito humano à alimentação; adoção de práticas alimentares saudáveis; resgate de hábitos e práticas alimentares regionais; e consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo. As estratégias educativas abarcam: campanhas de comunicação social sistemáticas; materiais informativos destinados a apoiar a capacitação de profissionais da rede básica de saúde em orientação alimentar; medidas disciplinares para publicidade de produtos alimentícios infantis; apoio a programas institucionais já existentes como o "Hospital Amigo da Criança" e dos bancos de leite humano; entre outras.

Dentre as ações que vêm sendo desenvolvidas, destacam-se:

- Rotulagem nutricional: disponibilizar informações sobre o conteúdo nutricional dos alimentos para aumentar o conhecimento do consumidor; rotular produtos que devem ser preferencialmente consumidos com a figura de um trigo verde;
- Divulgação de uma tabela com alimentos saudáveis e de baixo custo por meio da Internet e de folhetos;
- Disque Saúde: divulgação de material informativo (0800611997);

- Resgate de hábitos e práticas alimentares regionais por meio de parcerias com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e a Pastoral da Criança;
- Elaboração e divulgação de diretrizes técnicas sobre alimentação nos diferentes ciclos de vida (comitê sobre nutrição e envelhecimento; guia alimentar para crianças menores de dois anos; guia alimentar para a população brasileira; atendimento nutricional no pré-natal e puerpério).

Em 2004, foi lançada a EG para promover a alimentação saudável e a atividade física da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), da qual o Brasil é signatário, que prevê que os estados nacionais desenvolvam várias ações para o alcance deste objetivo, dentre elas: a promoção do aleitamento materno; ações educativas e garantia do acesso à informação sobre a qualidade dos alimentos (especial atenção aos beneficiários de programas de transferência de renda); incentivo e apoio à produção e à comercialização de alimentos regionais saudáveis (legumes, verduras e frutas); combate ao consumo de alimentos industrializados energeticamente densos (ricos em sal, gorduras hidrogenadas e açúcares) e pobres em micronutrientes (salgadinhos, refrigerantes, balas); vigilância alimentar e nutricional; concessão de subvenções ou fixação direta de preços que estimulem o consumo de alimentação saudável; instituição de escolas promotoras de saúde, ou seja, que desenvolvam ações para disponibilizar uma alimentação saudável nos refeitórios e cantinas.

Para aprofundar seus conhecimentos, leia a Portaria n. 1.010, disponível no site do Ministério da Saúde. Acesse a página da Anvisa, na opção legislação, e conheça mais sobre essa portaria.

Em 2006, a Portaria Interministerial n. 1.010 de 8 de maio de 2006 institui as diretrizes para o Programa de Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional (BRASIL, 2006d).

Referendando ainda essas proposições, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelece uma resolução com objetivo de regulamentar a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas, cujo objeto seja a divulgação e a promoção de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional.

Leia a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), a fim de identificar as interfaces com a Pnan.

Como visto, a Pnan contempla várias interfaces com a EG e outras estratégias vêm sendo implantadas para consolidar as ações no campo da alimentação. Essas ações refletem uma posição de vanguarda quanto à intersetorialidade, na medida em que evidencia a magnitude das ações propostas, extrapolando o setor saúde.

O Capítulo 9 deste livro, "Políticas públicas e intervenções nutricionais", discute mais detalhadamente as ações para o controle e prevenção dos distúrbios nutricionais em populações indígenas.

♦ Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição

Esta diretriz inclui o controle dos seguintes distúrbios:

- Desnutrição/infecção: prevenção e manejo adequado das doenças infecciosas; distribuição de alimentos; educação alimentar; vigilância do crescimento e do desenvolvimento; atenção especial às crianças nascidas com baixo peso; assistência alimentar às crianças em risco de desnutrição, compreendidas na faixa etária dos seis aos 23 meses de idade; controle de doenças coexistentes e a vigilância dos irmãos ou contatos, incluindo as gestantes e as nutrizes em risco nutricional, principalmente nos bolsões de pobreza;
- Obesidade e doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde e controle dos desvios alimentares e nutricionais;
- Anemia por carência de ferro: enriquecimento alimentar; orientação educativa e uso de ferro medicamentoso; fortificação de parte da produção brasileira das farinhas de trigo e de milho, alimentos de largo consumo popular e de baixo custo. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral das Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN), definiu diretrizes para o uso de ferro medicamentoso, instituindo o Programa Nacional de Suplementação de Ferro em 2005 (Portaria 730 de 13/05/2005).

Leia essas normas que podem ser acessadas na página do Ministério da Saúde, na opção ferro.

- Distúrbios produzidos pela deficiência primária de iodo: iodação do sal de consumo doméstico e de consumo animal.
- Hipovitaminose A: aplicação periódica e emergencial de megadoses de retinol nas áreas de risco; estímulo à produção e ao consumo de fontes alimentares ricas nesta vitamina ou seus precursores e, quando necessário, o enriquecimento/fortificação de alguns alimentos. A aplicação de megadoses de vitamina A em áreas de risco foi regulamentada pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

Para refletir

Se você é profissional que trabalha com povos indígenas, houve alguma iniciativa para mapear as doenças/carências na região em que você atua? Em que situação está esse mapeamento?

♦ Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação

O desenvolvimento de linhas de investigação é fundamental para ampliar a análise de fatores determinantes das questões em pauta, bem como avaliar as intervenções desenvolvidas e subsidiar o planejamento das ações. Destacam-se as seguintes linhas de interesse: a DEP; epidemio-

logia das anemias; estudos sobre a relação entre enfermidades crônicas não-transmissíveis e perfil da dieta e consumo alimentar; avaliação de custo-benefício e custo-eficácia dos programas; e estudos epidemiológicos destinados a mapear as carências nutricionais prevalentes no país.

Estudos destinados a possibilitar a elaboração de tabelas nacionais sobre composição e valor nutritivo dos alimentos também recebem destaque. De igual modo, são incentivadas pesquisas de natureza antropológica e etnográfica sobre hábitos e práticas alimentares para resgatar a diversidade cultural no consumo de alimentos.

Leia as orientações do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no site do Ministério da Saúde.

♦ Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

As ações referentes à capacitação de recursos humanos têm como objetivo qualificar profissionais para a operacionalização das seguintes atividades: avaliação de casos; eleição de beneficiários e seu devido acompanhamento nos serviços locais de saúde; prevenção e manejo adequado de doenças que interferem no estado de nutrição; condições alimentares e nutricionais que atuam como fatores relevantes de risco no desenvolvimento de doenças, particularmente as de natureza crônica não-transmissível; planejamento, coordenação e avaliação de ações; e cooperação técnica nas distintas esferas de gestão (federal, estadual e municipal).

Como vimos até aqui, alguns processos foram marcantes no campo da política de alimentação e nutrição na década de 1990. Se pudéssemos fazer um balanço dessa conjuntura, certamente destacaríamos esforços importantes.

O primeiro deles foi tornar os programas mais eficientes, ou seja, capazes de atender seus objetivos e alcançar seus reais beneficiários. Esse esforço implicou a constituição de mecanismos de maior aproximação e articulação dos setores que desenvolviam ações nesse campo (parcerias). Por outro lado, reforçou a necessidade de que fossem produzidos acordos em torno de ações e grupos-alvo prioritários.

Nesse processo, os sistemas de informações especializados ganharam destaque como instrumento potencial de subsídio para essas decisões. Do mesmo modo, as instâncias de parceria também se tornaram relevantes, por constituírem espaços de negociação sobre essas prioridades e mecanismos potenciais de controle social. Cabe avaliar os limites e possibilidades dos setores envolvidos em superar interesses particulares,

considerando que são, muitas vezes, competidores por recursos públicos, em favor de uma ação mais cooperativa.

A questão da segurança alimentar e nutricional também traz elementos importantes para pensarmos a política de alimentação e nutrição: a articulação intersetorial e a inserção da questão alimentar e nutricional como componentes estratégicos para o desenvolvimento econômico e social do país.

Ainda que o processo de descentralização tenha avançado, na área de nutrição, observamos que as ações priorizadas estão mais fortemente relacionadas ao combate à desnutrição infantil. O combate a outros problemas nutricionais ainda permanece centralizado no nível federal. As ações de caráter educativo, embora sempre presentes nos programas, mas dificilmente operacionalizadas, ganharam enorme destaque na última década com o crescimento das doenças ligadas a práticas alimentares. No entanto, elas ainda representam um enorme desafio, considerando que exigem tratamentos de longo prazo e, simultaneamente, ações preventivas.

Cabe, portanto, analisar o potencial dos profissionais de saúde como educadores em sua prática diária nos diversos campos de atuação. Isso exige que se supere uma abordagem autoritária e unilateral desse processo, seja no atendimento individualizado, seja nas estratégias voltadas para elaboração de cartilhas, materiais informativos e de utilização da mídia, visando a uma divulgação mais ampla.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Ao finalizar a leitura desse capítulo, elabore uma síntese reflexiva sobre a trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, abordando os seguintes aspectos:

a) Como você avalia a trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil?

b) Quais foram as principais mudanças ocorridas ao longo desta trajetória?

c) Quais são os principais desafios a serem superados?

Se for necessário aprofundar seu estudo, sugerimos a leitura do artigo "Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula", de Francisco Assis Guedes de Vasconcelos, publicado na *Revista de Nutrição*, v. 18, n. 4, p. 439-457, jul./ago. 2005, disponível na página eletrônica do SciELO.

Ainda em relação ao tema deste capítulo, "Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil", você pode realizar essas outras atividades.

1. Descreva as ações no campo da alimentação e nutrição que vêm sendo desenvolvidas em seu local de trabalho (DSEI, pólo, comunidade), segundo a linha de intervenção proposta pelo governo. Identifique o objetivo de cada ação e os principais beneficiários.

2. Você considera essas ações apropriadas? Qual é a sua sugestão para superar os problemas? Lembre-se das reflexões que você fez no início deste capítulo.

3. Em sua opinião, quais as vantagens e desvantagens que a focalização traz para a saúde da população?

Referências

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS. *Segurança alimentar e nutricional*: direito humano à alimentação: diretrizes voluntárias para o direito à alimentação adequada. Brasília, 2005.

AGGEGE, S. Há meio século merenda escolar ajuda a matar a fome. *O Globo*, 30 mar. 2003.

BORGES, R. Índios beneficiados pelo Bolsa Família são prejudicados em Manoel Ribas-PR. *Gazeta do Povo*, Curitiba, p. 6, 19 set. 2006. Disponível em: <http://www.ciranda.org.br/2004/clippingfull.php?mode=ver&id=1723>. Acesso em: 23 fev. 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL-03/constituição/Constitui%C3A7ao.htm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 set. 2006a. Disponível em: <http://www.abrandh.org.br/downloads/ losanfinal/15092006.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2007.

______. Medida provisória n. 2.206, de 10 de agosto de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação" e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 ago. 2001a. Seção 1, p. 154-E.

______. Ministério da Saúde. *Dez passos para alimentação saudável*: guia alimentar para crianças menores de dois anos: álbum seriado. Brasília, 2003a. 20 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10_passos.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2007.

______. ______. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 152 p. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 107).

______. ______. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997. 34 p.

______. ______. *Política nacional de alimentação e nutrição*. 2. ed. rev. Brasília, 2003b. 48 p. (Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/pnan.pdf.>. Acesso em: 10 dez. 2006

______. ______. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jan. 2001b.

______. ______. Portaria n. 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 mar. 2006b. Seção 1, p. 138. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-687.htm>. Acesso em: 23 fev. 2007.

______. ______. Portaria n. 709/GM, de 10 de junho de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a implementação de ações de combate às carências nutricionais nos Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 110, 11 jun. 1999a. Seção 1, p. 85.

______. ______. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, v. 110, 11 jun. 1999d. Seção 1, p. 14.

______. ______. Portaria n. 1.357, de 23 de junho de 2006. Define e estrutura as ações de Alimentação e Nutrição por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição... *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jun. 2006c. Seção 1, p. 44. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1357.htm>. Acesso em: 23 fev. 2007.

______. ______. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 maio 2006d. Seção 1, p. 70. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>. Acesso em 23 fev. 2007.

______. ______. Secretaria de Atenção à Saúde. *Obesidade*. Brasília, 2006 e. 108p. (Cadernos de atenção básica, n.12. Série A. Normas e manuais técnicos).

______. Presidência da República. *Plano de combate à fome e à miséria*: princípios, prioridades e mapa das ações de governo. Brasília, 1993.

BURLANDY, L. Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil. In: BARROS et al. *Curso de vigilância alimentar e nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD/CECAN, 2004. CD-ROM.

CAPRISTANO, M. S. Experiência para a vida toda. *Educação à Mesa*: informativo, n. 2, p. 4, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 1., Brasília. *Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar, 1994.

______, 2., 2004, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR (Brasil). *Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional*. Brasília, 2004.

CONVERSA Afiada: políticas públicas. Brasília, n. 9, maio/jun. 1999. Disponível em: <http://www.andi.org.br/noticias/templates/boletins/template_cafiada.asp?articleid=588&zoneid=22>. Acesso em: 18 set. 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Segurança alimentar e nutricional no Brasil*. Brasília, 1996. (Cadernos Comunidade Solidária, 2)

______. *Comunidade Solidária*: informe da XII reunião do Conselho: um relato das ações de governo em 1996. Brasília, 1997.

______. *Comunidade Solidária*: informe da XIX reunião do Conselho: relatório das ações governamentais-1997. Brasília, 1998.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil, I: Período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

MALUF, R. S. Ações públicas de segurança alimentar para grupos populacionais específicos. *Polis Papers*, n. 7, p. 1-21, 2000. Disponível em: <http://www.polis.org.br/publicacoes_interno.asp?codigo =175>. Acesso em: 26 out. 2006.

PELIANO, A. M. T. M. Os programas alimentares e nutricionais no contexto da recessão econômica: 1980-1984. In: CHAHAD, J. P. (Org.); CERVINI, R. (Org.). *Crise e infância no Brasil*: o impacto das políticas de ajuste econômico. São Paulo: Unicef; IPE; USP, 1988.

______. Os programas de nutrição para mães e crianças no Brasil. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil*: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. Rio de Janeiro, 1992.

______. *Quem se beneficia dos programas governamentais de suplementação alimentar*. Brasília: Ipea,1990.

______; BEGHIN, N. *Os programas de alimentação e nutrição para as crianças e adolescentes*: qual o destino? Brasília: Ipea, 1992.

POLÍTICAS públicas: proteção e emancipação: os programas de renda mínima. *ComCiência*, 10 out. 2002. Disponível em: < http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp02.htm> . Acesso em: 27 fev. 2007.

SILVA, A. C. *De Vargas a Itamar*: políticas de alimentação e nutrição. São Paulo: USP, 1994. Mimeografado.

VALENTE, F. L. S. *Direito humano à alimentação*: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

______. *Inserção dos componentes de alimentação e nutrição nas políticas governamentais e na estratégia internacional de desenvolvimento*. Brasília: FAO, 1996.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, jul./ago. 2005.

_______. A política social de alimentação e nutrição no Brasil: acumulação de capital e reprodução da fome/desnutrição. *Revista Saúde Debate*, Londrina, v. 13, n. 23, p. 42-49, 1988.

6. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Denise Oliveira e Silva
Denise Cavalcante Barros

Neste capítulo, o Sisvan será discutido em três seções: conceito, histórico e organização. Apresentaremos um pouco da história do Sistema, traçando sua trajetória internacional e nacional e articulando-o com as políticas de alimentação e nutrição implementadas no Brasil nos últimos anos. Faremos também algumas considerações sobre a "atitude de vigilância", habilidade de grande importância para os profissionais que pretendem construir um Sisvan de fato.

Na rotina de um serviço de saúde, as pessoas são acompanhadas clinicamente de acordo com os recursos disponíveis na realidade local. O atendimento é voltado para a investigação dos sinais e sintomas de uma determinada doença, o que firma um diagnóstico e, posteriormente, um tratamento – o *diagnóstico clínico*. O conhecimento individual do paciente torna-se fundamental para melhorar a assistência, torná-la mais eficaz. Mas conhecer o paciente e seu problema não significa conhecermos a realidade da clientela do serviço. Para afirmarmos que conhecemos a realidade de nossa clientela, precisamos desenvolver uma seqüência organizada de procedimentos, o que chamamos de *diagnóstico coletivo*.

O diagnóstico coletivo tem por objetivo conhecer como se apresenta um determinado problema na população para propor medidas, sejam políticas e/ou ações eficazes, para todos ou para grupos de interesse. Em nosso caso, empreender um diagnóstico nutricional coletivo é uma das etapas para melhorar a efetividade do conjunto de ações de saúde.

O diagnóstico coletivo é um dos assuntos discutidos no volume 2 do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, Capítulo 1, "Bases para o diagnóstico nutricional".

Mas como devemos proceder para transformar essas informações em ações efetivas? Este é um dos papéis do Sisvan.

Conceito

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é um sistema de coleta, processamento e análise contínua de dados de uma população, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional, de suas tendências temporais e dos fatores de sua determinação. O diagnóstico contribui para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando, assim, os grupos sociais de risco, dando subsídios para a formulação de políticas e para o estabelecimento de programas e intervenções (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1984, 1989).

Esta concepção é fundamentada na proposição internacional, que pressupõe um sistema capaz de obter informações de fatores relevantes que compõem a rede de determinação do estado nutricional e da situação alimentar e nutricional da população. Para melhor compreensão desse conceito, veremos separadamente cada uma das suas quatro idéias principais (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1993):

- **Sistema**: supõe uma organização ou rede de organizações com atividades padronizadas, complementares ou interdependentes e com tarefas definidas, tendo o papel de receber dados, transformá-los em informação e devolver à sociedade os resultados, por intermédio de ações de promoção à saúde e prevenção e cura de doenças. Priorizando essas ações, o sistema possibilita a identificação de grupos de risco e pode utilizar os resultados para sua retroalimentação.
- **Vigilância**: engloba quaisquer atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta, análise de dados e disseminação da informação.
- **Alimentar**: envolve aspectos que vão desde a produção até a comercialização e acesso aos alimentos.
- **Nutricional**: abarca o estado nutricional propriamente dito, ou seja, o resultado, em última análise, da ingestão de alimentos e de sua utilização biológica.

Intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos (órgãos governamentais em seus diferentes níveis – federal, estadual e municipal –, população, organizações voluntárias e não-governamentais, movimentos sociais, autoridades locais, indústria, comércio e mídia) e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, que visam enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Pretende, também, superar a fragmentação da política e a dispersão de recursos para enfrentar uma questão pública que envolve a ação de diferentes setores.

Podemos dizer que a proposta do Sisvan está embasada nesse processo de determinação do estado nutricional, do consumo alimentar e da intersetorialidade.

Essa definição, desde a sua concepção até agora, vem assumindo contornos próprios de acordo com os objetivos estratégicos de um sistema de informação e vigilância ampliado, com destaque para a sua inserção no setor saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1989).

Vamos continuar a discussão do conceito de Sisvan, conhecendo um pouco da trajetória dessa proposta no mundo e no Brasil. Ao final, a idéia é a de que possamos chegar juntos à compreensão de um conceito peculiar à realidade brasileira.

Histórico

Faremos um breve relato do surgimento da proposta do Sisvan, situando-o historicamente e sistematizando sua evolução ao longo dos anos e na atual conjuntura, em âmbito internacional. Depois, faremos uma revisão da história dessa proposta no Brasil, articulando-a com políticas sociais de alimentação e nutrição implementadas nas últimas décadas. Finalizaremos este histórico com o atual conceito estabelecido para o Sisvan, valendo-se de sua evolução histórica.

O surgimento do Sisvan no mundo

Nos dias de hoje, informações atualizadas, importantes e verdadeiras são fundamentais para o acompanhamento dos fatos e tendências no mundo. Com o desenvolvimento tecnológico crescente e o uso de recursos da informática, o uso da informação tem sido cada vez maior e de grande utilidade para a tomada de decisões, seja no campo do entretenimento e vivência, seja no campo econômico, social e administrativo.

Nos primórdios do século XVI, já se realizava a coleta de informações estatísticas sobre as características da população, e as fontes de informações foram sendo ampliadas e institucionalizadas no decorrer dos séculos. Nessa trajetória, a informação sistematizada é assumida pela comunidade científica como uma estratégia privilegiada de análise e encaminhamento de questões sociais, tanto para instituições públicas e privadas quanto para melhor compreensão dos movimentos sociais.

No que se refere ao campo da saúde, alguns sistemas de informações vêm sendo desenvolvidos e implantados como instrumentos de conhecimento e diagnóstico da realidade de atenção à saúde prestada, de forma a indicar, com segurança, as medidas a serem aplicadas.

O livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2, aborda essa questão em seu Capítulo 4, "Construção do fluxo de dados".

O papel da informação é reconhecido de forma crescente no mundo. Os sistemas de informações possibilitam monitorar a problemática alimentar e nutricional agravada pela crise econômica mundial, que afeta com maior intensidade os países menos desenvolvidos. Portanto, é fundamental que as informações geradas por esses sistemas sejam confiáveis e abrangentes.

É na Conferência Mundial de Alimentação, realizada em Roma, em 1974, que fica estabelecido como prioridade conhecer a situação alimentar e nutricional dos povos, bem como considerar esse assunto algo a ser tratado por vários setores (intersetorialidade), como agricultura, economia e saúde. A melhoria da qualidade de vida da população é reconhecida por todos como condição fundamental para a implementação do desenvolvimento econômico e social dos países, não devendo, assim, ser responsabilidade exclusiva de apenas um setor (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION, 1974). Define-se como premente a necessidade do uso de um sistema contínuo de informações com capacidade de monitorar a produção, a armazenagem, a distribuição e o consumo de alimentos, bem como capaz de fornecer dados relativos ao estado nutricional e de saúde da população.

O Sisvan surge na década de 1970, como uma proposta concreta para possibilitar o conhecimento da situação nutricional e alimentar e seus determinantes da população mundial, cuja implantação vem sendo preconizada pelos organismos internacionais durante os últimos trinta anos.

Castro (1995) identifica algumas questões que ajudam a compreender melhor o contexto da implantação do Sisvan. Em primeiro lugar, o crescente desejo acadêmico de conhecer mais sobre as necessidades nutricionais e o perfil nutricional das populações, as tendências e os determinantes da desnutrição resultou no surgimento de centros de pesquisas na área. Em segundo lugar, a crise econômica mundial – com conseqüentes políticas de ajuste econômico, desemprego e baixos salários, problemas na produção e escassez de alimentos – levou os governos a realizarem uma série de políticas sociais compensatórias com o objetivo de melhorar o acesso ao alimento.

Em 1975, a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a OMS reúnem um comitê de especialistas para elaborar um relatório

sistematizando os procedimentos possíveis para a criação, estruturação e operacionalização do Sisvan. Esse documento recomendava a vigilância nutricional a todos os países, porém ressaltou a urgência de sua implantação em países não-desenvolvidos. Isso porque, nesses últimos, a oferta de alimentos e o estado nutricional de grupos vulneráveis (crianças, gestantes, idosos) eram mais precários, além da possibilidade de possuírem áreas de desnutrição endêmica (CASTRO, I., 1995).

A partir de 1976, os países em desenvolvimento empenharam-se em estabelecer o Sisvan, num esforço de melhorar o estado nutricional de suas populações. Atualmente, na América Latina, 18 países estão envolvidos nessa proposta, e em cada um deles ela foi desenvolvida com uma série de diferenças, adaptando-se às realidades internas.

A maior parte desses países priorizou como grupo-alvo para o Sisvan as crianças até cinco anos de idade, alguns incluíram gestantes, escolares e adultos em suas experiências. A saúde foi o setor que apareceu, em quase todos os países, como o responsável pela viabilização da proposta e, em alguns, a intersetorialidade aconteceu com a participação dos Ministérios da Agricultura, Educação, Economia e Bem-Estar Social.

Em sua trajetória, o Sisvan, principalmente nos países em desenvolvimento, vem acompanhado por uma série de conferências, tendo como a mais importante delas a de "Alma Ata", realizada em 1978. Esta recomenda a universalização das ações básicas de saúde para as crianças menores de cinco anos de idade – vigilância do crescimento e desenvolvimento, promoção do aleitamento materno, controle das doenças imunopreviníveis, combate à diarréia e uso da terapia de reidratação oral, controle das infecções respiratórias agudas (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978).

Busque na página da Organização Mundial da Saúde o relatório da Conferência de Alma Ata e identifique as recomendações sobre a universalização das ações de saúde. A leitura deste relatório ampliará seu conhecimento sobre a história da atenção básica à saúde.

Outro evento importante foi a Conferência de Cúpula de Nova Iorque (Unicef, 1990), na qual os países se comprometeram a alcançar saúde para todos no ano 2000. O objetivo era reverter, substancialmente, o quadro de doenças evitáveis e promover a qualidade de vida da população, no bojo de uma nova ética de desenvolvimento político e social. As metas voltadas para a área de nutrição foram: a redução da desnutrição energético-protéica nas crianças menores de cinco anos, a redução do nascimento de crianças com baixo peso, a redução da anemia ferropriva nas mulheres em idade fértil, a eliminação de doenças causadas pela falta de iodo e a eliminação da carência de vitamina A e suas conseqüências.

Em 1992, acontece a Conferência Internacional de Nutrição (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION, 1992), que assume o compromisso de voltar esforços para eliminar, até o ano 2000, a fome e as mortes por fome. É reconhecido que o acesso à alimentação nutricionalmente adequada e saudável é um direito de cada indivíduo e que há alimentos suficientes para todos, existindo apenas um acesso desigual a eles. Essa Conferência investiu na elaboração de um plano de ação que, por intermédio do Sisvan, previu atividades de avaliação e de acompanhamento de situações nutricionais, com o objetivo de ser um instrumento facilitador para a efetivação dos compromissos.

No Brasil, como evoluiu o Sisvan?

Em 1972, foi criado o Inan, cujo papel era formular e efetivar uma política na área de Alimentação e Nutrição para o país (L'ABBATE, 1988). Este órgão teve importante participação na estrutura do Sisvan em nível nacional.

No I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), a partir de 1974, definiram-se as bases para uma política alimentar e nutricional, e no II Pronan, em 1976, teve-se a primeira tentativa de implantação do Sisvan, por intermédio do Inan, porém não houve desdobramentos e a proposta não foi concretizada (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1993). As razões para isto estiveram relacionadas a uma proposição complexa, o que, segundo Kruse (2006, p. 2),

> tornou-se inoperável em face da precariedade das condições e disponibilidades das estruturas de saúde, da dificuldade de conseguir a participação multissetorial, da dependência de recursos de fontes externas ao setor saúde e da ausência de interligação efetiva ao sistema de informação em saúde.

As primeiras experiências de implementação do Sisvan ocorreram em Pernambuco e na Paraíba no início da década de 1980 e foram importantes para avaliar sua potencialidade. O resultado levou a um longo debate sobre sua viabilidade e orientou diversas propostas que vieram a cabo nas décadas de 1980 e 1990, contribuindo para o conhecimento e o amadurecimento da proposta no Brasil (BRASIL, 1996).

Isso ocorreu num período especialmente importante para o país, porque estavam sendo divulgados os resultados da PNSN, em 1989, apontando que os recursos dos programas de suplementação alimentar tinham sido direcionados à população de baixo poder aquisitivo, para prevenção de doenças e agravos nutricionais. Havia manipulação político-eleitoreira, clientelismo e supervalorização de operações burocráticas, o que propiciaram desvio e corrupção na compra do produto, não exercendo, portanto, mudança da situação nutricional e alimentar. As recomendações apontavam para a descentralização das atividades e para melhor alocação dos recursos, a fim de garantir melhor efetividade de recursos públicos (CASTRO, I., 1995).

É com a Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990a) que a VAN é normatizada no âmbito do SUS e que a proposta do Sisvan inicia sua consolidação no setor saúde no Brasil. Ela foi ratificada pela publicação da Portaria n. 080-P (BRASIL, 1990b) do Ministério da Saúde/Lei Orgânica do SUS, em que é estabelecido o monitoramento do perfil nutricional e alimentar.

Na Parte I deste livro você fez a leitura da Lei n. 8.080/1990. Agora, para saber mais a respeito da normalização e consolidação do Sisvan, leia a Portaria n. 080-P/1990, disponível na página eletrônica do Ministério da Saúde.

A partir dessa legislação, o Sistema foi estimulado, mas sua implantação ocorria em função do grau de amadurecimento político-técnico da gestão municipal e estadual e do apoio que o ex-Inan poderia oferecer.

Os anos 1990 foram marcados pelo surgimento de inúmeros movimentos sociais e pelo enfraquecimento político e institucional do Inan. Foi crescente o número de movimentos que priorizaram a questão alimentar e nutricional, tanto por iniciativa da sociedade civil e das Organizações Não-Governamentais (ONG) quanto das instituições governamentais.

Destaca-se a criação, em maio de 1991, da Comissão Parlamentar de Inquérito da Fome, que foi amplamente conhecida como a CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) da Fome. Esta elaborou um relatório com conclusões e recomendações para erradicar a fome e as ameaças à segurança alimentar, desdobrando-se em um grande e conhecido movimento de mobilização nacional, o Movimento de Combate à Fome, à Miséria e pela Vida.

Esse movimento levou à criação do Consea, que estimulou várias iniciativas de mapeamento da fome no país, como a elaboração do "Mapa da fome", por intermédio do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea) e a formulação de um Plano de Combate à Fome e à Miséria (BRASIL, 1996).

Desta última iniciativa, como desdobramento de uma medida emergencial de combate à fome, surgiu o Programa de Atendimento a Crianças Desnutridas e Gestantes de Risco Nutricional – Leite é Saúde (PLS) –, direcionado ao atendimento de crianças entre seis meses e dois anos de idade, seus contatos familiares e gestantes sob risco nutricional e cuja adesão por parte dos municípios tinha como requisito obrigatório a implantação do Sisvan na rede de saúde. Em 1993-1994, o Sisvan, de forma inédita, entra como critério de adesão de um programa de suplementação alimentar (BRASIL, 1993).

Você já leu sobre a política de segurança alimentar no Capítulo 5 deste livro, "Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil".

De fato o Movimento do Combate à Fome e à Miséria pode ser considerado um marco histórico importante para o Sisvan, pois o governo federal incorporou pela primeira vez duas importantes políticas: da Segurança Alimentar e do Sisvan, que é assumido como um instrumento importante na viabilização da SAN (CASTRO, I., 1995). O governo assumiu o Sisvan como requisito de acesso a um programa de suplementação alimentar, que considerava de forma inédita no país o critério biológico para acesso aos beneficiários, ou seja, somente crianças, gestantes e nutrizes em risco nutricional poderiam ser beneficiários. Isso trouxe avanços na divulgação da proposta, mas também distorção em seu uso.

Em 1994, com o PLS estendido no país, o Inan (extinto em 1996) reconheceu a necessidade de criar uma Rede Sisvan, composta pelas unidades locais de saúde e coordenações municipais, estaduais e nacional de alimentação e nutrição. Esta iniciativa revela o investimento para articular a operacionalização do Sistema no país, apoiado em três diretrizes básicas:

1. Padronização de indicadores mínimos;

2. Celebração de convênios com Secretarias Estaduais de Saúde;

3. Criação de centros de referências regionais para apoio científico e formação de recursos humanos.

O objetivo era formar a Rede Sisvan com a participação das unidades federativas, tendo como prioridade o monitoramento de crianças menores de cinco anos e gestantes dos municípios contemplados pelo PLS (SILVA, 2001).

Em 1995, o Inan, por intermédio da coordenação nacional do Sisvan, que tinha como função a normatização, a implantação e a implementação da proposta no país, avalia e reconhece que seu avanço se deu como conseqüência do PLS, que estimulou um crescente número de municípios na incorporação dessa atividade. Porém, essa relação entre o PLS e o Sistema representa, na visão dos municípios, muito mais um requisito administrativo a ser cumprido para a celebração do convênio do que, propriamente, uma decisão político-técnica de utilizá-lo como um instrumento que forneça informações e subsidie a sua atuação junto aos fatores determinantes dos problemas de alimentação e nutrição em seus municípios.

Repare que o Sisvan ganha respaldo político, e o governo federal utiliza na formulação dos programas sociais as mesmas bases da proposta internacional do Sistema, entretanto, não consegue contemplar a dimensão intersetorial como é previsto originalmente na proposta. A VAN no Brasil fica restrita a instrumento de triagem do PLM. Em 1996, o Inan é extinto e suas atividades são incorporadas ao Ministério da Saúde. Em um primeiro momento, o Sisvan é vinculado ao Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/FNS), restrito apenas à dimensão de sistema de informações.

Após um ano, o Ministério da Saúde reconhece que o Sistema não é somente um instrumento de coleta rotineira de dados e produção de informações, mas uma ferramenta mais ampla que possibilita a qualificação da assistência e intervenções imediatas em nível local, tanto na dimensão coletiva quanto na individual. Em 1998, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS, por meio da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Atan/SPS/MS), incorpora o Sisvan e, paralelamente, reformula o PLS para o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN). As mudanças nesse programa são:

- A eliminação de celebração de convênios entre o governo federal e municípios para a transferência fundo a fundo (fundo federal para fundo municipal);
- A inclusão de uma parte do recurso financeiro flexível para atender às demandas específicas na área de alimentação e nutrição no município. Isso determinou a autonomia no gerenciamento das atividades e propiciou um maior interesse do município em implantar o programa e, conseqüentemente, a adesão ao Sisvan aumentou. Em 1999, o PCCN passa a ser denominado ICCN, reforçando a proposta da Rede Sisvan (BRASIL, 1999a).

Transferência fundo a fundo consiste no repasse de recursos financeiros, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e municípios destinados ao financiamento do SUS, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário estabelecidas pela NOB/1996 e Noas/SUS/2001.

Na busca de estratégias para mudar essa situação, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS, por meio da Atan, encaminhou à 4ª Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), promovida pela Rede Interagencial de Informações e Saúde (Ripsa), em outubro de 1998, a proposta de criação do Comitê Temático Interdisciplinar do Sisvan. A proposta foi aceita pelos membros da OTI e o comitê foi constituído com a participação dos Centros Colaboradores Regionais e Nacionais de Alimentação e Nutrição, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), especialistas nacionais e representantes das áreas de alimentação, nutrição, epidemiologia e informação do Ministério da Saúde.

Nessa oficina de trabalho, o Comitê elaborou propostas para impulsionar o Sisvan como um sistema com forte componente analítico, ou seja, um sistema que, além de banco de dados, respondesse às principais questões da área de nutrição, associando aos dados da clientela da rede de saúde aqueles oriundos de pesquisa e de outros sistemas de informação: um sistema abrangente, dinâmico e estratégico para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Por exemplo, um dos papéis recomendados para o Sisvan seria responder à avaliação da eficiência de programas para combate à desnutrição infantil, adotados pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de controle desse problema em território nacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999).

As principais propostas do Comitê Temático Interdisciplinar do Sisvan na Ripsa para superação dos problemas que limitam a implementação do sistema basearam-se na incorporação urgente do que rege a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Além disso, o Comitê definiu três áreas temáticas que devem compor o elenco de indicadores do Sisvan: estado nutricional e carências específicas; consumo de alimentos; e desempenho e qualidade dos serviços.

Ao mesmo tempo, foi definida a atual Pnan, aprovada em 10 de junho de 1999, através da Portaria n. 710 do Diário Oficial da União, que tem como propósito

> a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 1999b).

Em uma de suas diretrizes, a Pnan prevê a ampliação e o aperfeiçoamento do Sisvan para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, de modo a agilizar os seus procedimentos e estender sua cobertura a todo país. Podemos concluir que a Ripsa junto com a Pnan tentam resgatar do conceito do Sisvan as estratégias que possam aprimorar a qualidade da informação.

No Capítulo 5 você leu, resumidamente, as diretrizes da Pnan. Se quiser aumentar seu conhecimento leia, na página eletrônica do Ministério da Saúde, a Portaria n. 710/1999.

Na agenda de governo para o biênio 2001-2002, foi previsto um novo Programa chamado Bolsa, ligado ao Ministério da Saúde, destinado à promoção de boas condições de saúde e nutrição de crianças até seis anos de idade, gestantes e nutrizes, de famílias com renda mensal inferior a meio salário-mínimo *per capita* e em risco nutricional. Este programa previa como pré-requisito a promoção da VAN, por meio da coleta e análise conjunta de dados dos diversos sistemas de informação em saúde de base nacional e pesquisas locais. Paralelamente, no ano de 2001, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS transforma a Atan em uma Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição e oferece maior visibilidade e autonomia a essa área.

Atualmente, com a criação da CGPAN/MS e com a fusão de todos os programas no Bolsa Família, o Sisvan tornou-se prioridade na agenda governamental. O resultado disso está no investimento da CGPAN/MS no desenvolvimento de uma norma operacional, boletins informativos e incentivos financeiros para fortalecer a rede formada por municípios, estados e governo federal.

O programa Bolsa Família já foi discutido neste livro, no Capítulo 5, "Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil".

Até aqui, vimos que o Sisvan no Brasil tem sua trajetória de adesão influenciada pelos programas federais de suplementação alimentar. Isso, de certa forma, fez com que o sistema vigente no país apresentasse limitações consideráveis como instrumento de representação epidemiológica e de predição de tendências. O fato de um de seus componentes reunir dados primários de serviços de saúde de municípios contemplados com o programa de suplementação alimentar governamental tem contribuído para agravar problemas de representatividade epidemiológica nos âmbitos municipal, estadual e nacional, em função da restrição de monitorar o grupo materno-infantil beneficiário dos programas, bem como de limitar sua atuação apenas no setor saúde.

O Sisvan é um instrumento de informação-ação, especialmente de âmbito local, que visa: reorganizar a rotina de atenção nutricional em

saúde pública, oferecer subsídios para a formulação de políticas e ações voltadas à melhoria das condições nutricionais e de saúde desses povos, e, por meio da identificação de grupos/áreas prioritárias que se apresentam em risco nutricional, facilitar a demonstração aos gestores das necessidades de recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros.

São diversos desafios a serem superados. De fato o Sistema é muito sensível às intempéries políticas, sobretudo aquelas relacionadas ao imediatismo dos programas de suplementação alimentar. Kruse (2006, p. 8), ao analisar o futuro do Sisvan, destacou

> que todos os esforços deverão tender à valorização dos sistemas locais de saúde, à municipalização, conferindo um importantíssimo papel a comunidade, pois os problemas nutricionais adquirem mais significação nessa instância e, por conseguinte, aí devem ser primordialmente combatidos.

A expectativa é ter um sistema de informação que revele a situação alimentar e o estado nutricional dos povos indígenas, possibilitando a formulação de ações imediatas ou políticas que contribuam para melhores resultados.

Não deixe de ler a Norma Técnica da Funasa para o Sisvan Indígena para conhecer as orientações que devem ser seguidas pelos DSEI, no site do Ministério da Saúde.

Nesse contexto, situa-se a proposição da Funasa para a implantação do Sisvan em Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Essa proposta está referendada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), que deu prioridade para a identificação dos casos de risco nutricional, incluindo encaminhamentos e parcerias necessárias para a redução dos agravos nutricionais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005). O Departamento de Saúde Indígena da Funasa elaborou uma Norma Técnica para o Sisvan Indígena para orientar os DSEI, valendo-se da adequação das recomendações internacionais e nacionais às especificidades encontradas na população indígena.

O que você sabe sobre o uso, os obstáculos e as barreiras a serem superadas pelo Sisvan?

As diversas organizações nacionais e internacionais continuam a propor o Sisvan como um instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação de programas e políticas públicas. Como já vimos, o desenvolvimento do Sistema no mundo tomou contornos e nuances peculiares às características de cada nação. Acosta (2001) realizou um trabalho sobre a evolução do Sisvan na América Latina em que descreveu seus erros mais comuns, os relacionados ao papel do Sistema como instrumento de planejamento, à inadequação de prioridades e atividades, à insuficiência de formação técnica e à ausência de participação popular.

No país, o Sistema precisa alcançar a abrangência necessária, tanto em quantidade quanto em qualidade, para que possa desempenhar seu papel como instrumento de geração de políticas públicas. Explicando melhor, podemos observar que o Sisvan no Brasil, durante anos, caminhou vinculado ao setor saúde, com o objetivo de racionalizar ações de suplementação alimentar. Mesmo nesse setor, sua trajetória tem sido restrita, ou seja:

- O Sistema tem se limitado às variáveis antropométricas, principalmente às crianças menores de cinco anos;
- A cobertura geográfica e populacional nos municípios é restrita à população beneficiária, aos programas;
- Os profissionais de saúde envolvidos precisam ser capacitados e ter apoio político-institucional para se dedicarem à implantação da proposta.

Para refletir

Se você é profissional que trabalha com povos indígenas, o Sisvan está implantado em seu DSEI? Como você vê a utilidade desse Sistema em seu cotidiano de trabalho?

Agora que conhecemos a história do Sisvan, dá para perceber que seu conceito evoluiu ao longo de anos. Hoje o resultado está voltado para uma visão estratégica de potencializar o Sistema de forma dinâmica e eficiente, que segue as mesmas diretrizes conceituais apresentadas, com alguns avanços:

- **Sistema**: eixo que supõe uma padronização de atividades, ou seja, tarefas organizadas de receber, tratar e analisar dados e informações para devolvê-los à rede do SUS e à sociedade, retroalimentando os setores responsáveis pelo planejamento, gestão e controle social dos programas e políticas públicas.
- **Vigilância**: eixo que engloba quaisquer atividades rotineiras e contínuas de coleta, processamento, análise e interpretação dos dados; recomendação de medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes.
- **Alimentar**: eixo que envolve os aspectos relativos à promoção de práticas alimentares saudáveis, à prevenção e ao controle dos distúrbios alimentares e de doenças associadas à alimentação.
- **Nutricional**: eixo que considera o estado nutricional de coletividades como resultante do equilíbrio entre o consumo alimentar e a utilização biológica dos alimentos e sua estreita relação com o estado de saúde.

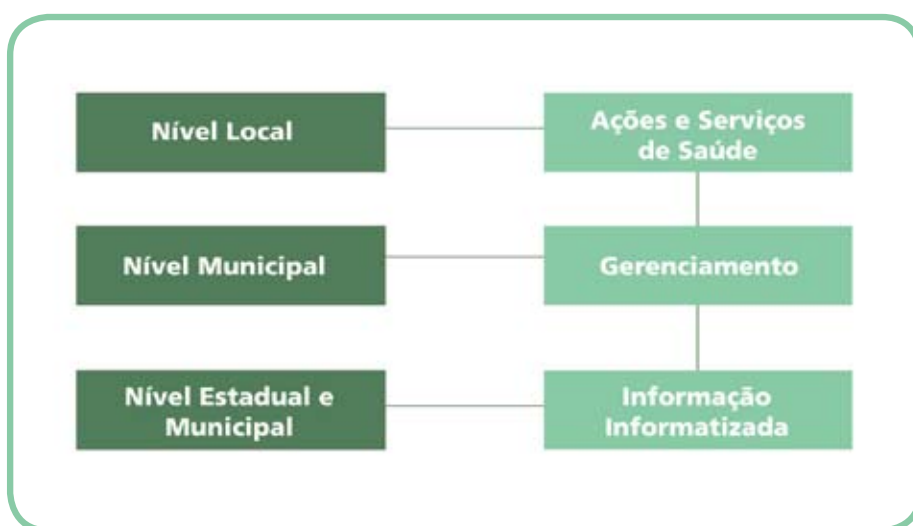
Organização do Sisvan

Hoje podemos afirmar que o principal componente da identidade do Sisvan no Brasil é estar próximo das ações locais, tendo, portanto, como sua fonte de dados fundamental a utilização de dados/indicadores nutricionais já coletados na atenção básica de saúde e incorporados em diversos bancos de dados do Ministério da Saúde ou dos sistemas locais.

Para consolidar o Sisvan para a população indígena, precisamos antes compreender como ele está organizado no Brasil.

Quais os caminhos do Sisvan no Brasil?

Como já abordamos, o Sisvan cresceu no setor saúde. A organização inicial foi feita pelo extinto Inan, no final da década de 1980, a partir da participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e dos programas comunitários de saúde. Com a implantação da NOB/SUS (BRASIL, 1997), em 1996, foram estabelecidos os papéis dos níveis municipal (gerenciamento e gestão), estadual e federal (gestão pelo acompanhamento e avaliação) para todas as ações do SUS, incluindo os sistemas de vigilância à saúde. O Sisvan, como qualquer sistema do setor saúde, obedece às atribuições da NOB/SUS citada e seu organograma pode ser descrito como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Organograma do Sisvan

Fonte: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997).

Essas atribuições assumem que a rede de ações e serviços públicos e privados do nível local, organizada e hierarquizada, é gerenciada pelo município. O seu propósito é garantir ações e meios para oferecer à população acesso a um atendimento integral, isto é, de forma harmônica, integrada, moderna e equânime.

O papel do nível estadual é gerar informações informatizadas, por meio da estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação e de vigilância epidemiológica sanitária, alimentar e nutricional. Essas atribuições expressam a configuração de um sistema de apoio logístico e de atuação estratégica, o que faz dessas as mesmas atribuições do nível federal.

Retomando o conceito do Sisvan, vemos que suas atribuições estão baseadas na seleção, na compilação, no processamento, na análise e na interpretação dos dados e, portanto, depende da organização de um fluxo de dados e informações.

Como está organizada a rede de dados e informações do Sisvan? Existe um fluxo de dados e informações entre os níveis local, municipal, estadual e federal?

Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral das Políticas de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde (CGPAN/DAB/SAS/MS), elaborou procedimentos padronizados para que os dados e as informações fossem obtidos por meio de sistemas de informação e vigilância à saúde, de base nacional. O material vem sendo disponibilizado para todos os municípios brasileiros e compõe um módulo em um sistema de informação mais abrangente e único para todas as unidades básicas de saúde. A implantação/implementação desse aplicativo informatizado está sendo realizada por meio da capacitação de profissionais, em ação conjunta entre técnicos da CGPAN e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datasus).

A adoção plena desse sistema informatizado de base nacional propicia aos municípios a obtenção de dados de saúde mais confiáveis, bem como agiliza a geração de informações que permitem o monitoramento da situação nutricional e o planejamento de ações para intervenção nos agravos detectados nos níveis individual e coletivo. Pelo fato de todos

os usuários das unidades de atenção básica terem seu estado nutricional avaliado sistematicamente, o sistema suscita a incorporação de uma atitude de vigilância por parte dos profissionais de saúde.

Figura 2 – Módulo vigilância alimentar e nutricional desenvolvido pelo Datasus

Fonte: DATASUS (2007).

Historicamente, no Brasil, os dados sobre estado nutricional estiveram ligados a programas de suplementação alimentar. Essa influência determinou a criação, pelo extinto Inan, de um fluxo próprio de dados antropométricos de crianças menores de cinco anos e gestantes, atendidas em unidades de saúde e programas comunitários nos municípios contemplados. Para isso, foram encaminhados a todos os municípios que celebravam convênios formulários para coleta de dados nas unidades de saúde e por agentes de saúde: (a) mapa mensal; (b) resumo mensal. Ao final do mês, cada SMS deveria enviar à SES seus formulários que, consolidados, seriam encaminhados periodicamente ao nível nacional. Esse processo vigora, na maioria dos municípios, até os dias de hoje, com algumas alterações implementadas por algumas SMS, orientadas pelas SES.

Todo o processo é feito por meio de planilhas/formulários em sistemas de coleta de dados manual ou informatizado. A maioria dos municípios coleta seus dados nos serviços de saúde que monitoram os beneficiários de programas governamentais.

O processo de obtenção de dados do Sisvan vigente tem sido objeto de inúmeras discussões, visando ao seu aperfeiçoamento e subseqüente formação de um fluxo de dados construído na perspectiva de servir para “ação”. O sistema elaborado pela CGPAN/MS foi criado com tal propósito, a fim

de estabelecer, de forma objetiva, um sistema de informação e vigilância para acompanhar e avaliar as ações de saúde em nível municipal/local em harmonia e interação com os níveis estadual e federal. A sua interlocução estaria centrada nos setores das políticas públicas de saúde, devendo funcionar como um sinalizador para a gestão das ações estratégicas.

Acreditamos que cada nível de atuação do sistema deve ser autônomo e desenvolver estratégias para divulgar as informações, como a realização de seminários, o uso de meios de comunicação de massa, a criação de fóruns representativos da sociedade civil, a elaboração de boletins etc. O uso da informação relaciona-se com os diversos níveis valendo-se da retroalimentação do sistema.

O mais importante do fluxo de dados não é o formato da planilha, do mapa ou do formulário que cada unidade de saúde, municipal ou estadual, está usando, mas que seja cumprida com rigor a padronização das informações contidas nesse curso e na Norma Técnica da Funasa.

Para refletir
Você conhece a proposta de organização do Sisvan Indígena desenvolvido pela Funasa? Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, relate sua experiência.

Os caminhos da implantação do Sisvan para a população indígena

A Funasa estabeleceu um modelo de implantação do Sisvan baseado em três fontes de dados: pesquisas populacionais; dados dos DSEI; e sistemas de informação e vigilância em saúde. Essa medida assume que o perfil nutricional de uma determinada população não deve se restringir a uma única fonte de dados. É importante, contudo, que haja interface entre elas, para evitar duplicidade de tarefas e melhorar a consolidação de informações para compor o diagnóstico nutricional desejado.

Nesse cenário, alguns atores estarão mais envolvidos em pesquisas populacionais, que deverão ser realizadas de forma periódica, entre dois e cinco anos, e sua responsabilidade é dos níveis de formulação de políticas públicas e das universidades, que geram conhecimento sobre um determinado fenômeno.

Os dados produzidos pelos DSEI são rotineiros e alimentam o cotidiano situacional da população de interesse de um sistema de vigilância e informação em saúde. Essa fonte de dados é a estratégia de maior rapidez e menor custo, comparados às pesquisas populacionais para descrever a situação nutricional e a ação das políticas públicas.

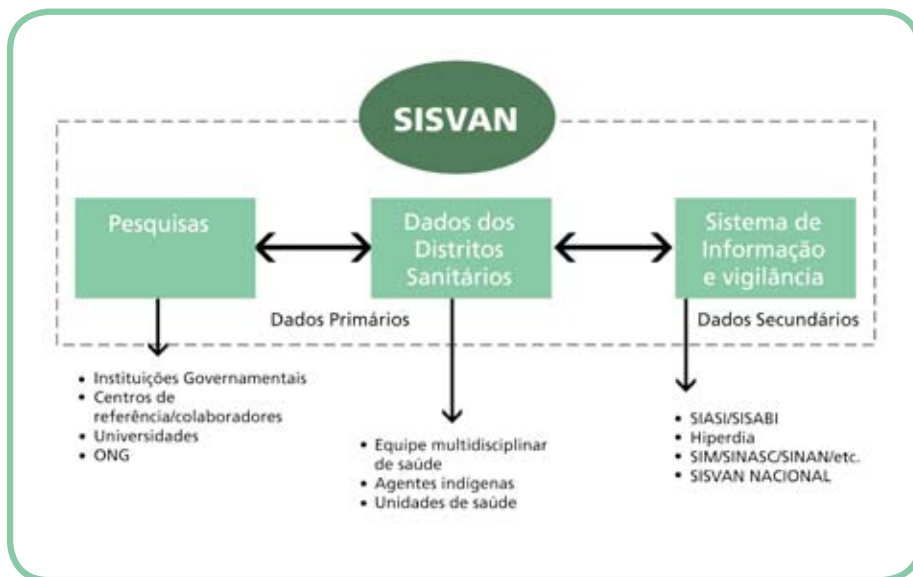
Para refletir
Você acredita que seja possível depender da realização de uma pesquisa para definir medidas de apoio à população indígena?

Esta é a dimensão que os dados dos DSEI têm: eles respondem rápido à formulação, monitoramento e avaliação de programas e políticas públicas. Os sistemas de informação e vigilância em saúde são o destino dos dados produzidos e serão o palco dos registros dos dados dos distritos, bem como o local de diálogo com os outros sistemas. Não é suficiente ter dados só para um nível, é importante que haja articulação com outros sistemas para que haja apoio às mudanças necessárias. Da mesma forma que o Sisvan Nacional, o Sisvan Indígena deve permitir a difusão das informações para toda a sociedade. A organização do Sisvan Indígena depende da produção de dados confiáveis pelos profissionais de saúde.

Atenção: esta é apenas uma proposta para que você avalie a pertinência desses elementos. Portanto, não é definitiva, e sua elaboração é dinâmica, pois devemos ter em mente que aprendemos sempre coisas novas com quem está na base do Sistema.

O fluxo de dados é detalhadamente discutido na Parte II do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2.

Observe o esquema da Figura 3. Neste livro, *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, vamos trabalhar somente com a caixinha dos dados dos distritos sanitários que estão em vermelho, ou seja, dados produzidos pelo subsistema de saúde indígena em suas diversas instâncias. É claro que existem outras fontes que podem produzir dados para o Sisvan Indígena, tais como as pesquisas realizadas por universidades e centros de pesquisas, os inquéritos nutricionais e os sistemas de informações nacionais. No entanto, estes não farão parte de nossa discussão.

Figura 3 – Produção de dados dos DSEI

Fonte: Fundação Nacional de Saúde (2005).

O esquema apresentado na Figura 3 se refere a uma proposta da Funasa para a organização do Sisvan Indígena. Para começar a compreender a dinâmica do fluxo de dados, observe o desenho básico em cada uma das etapas.

Figura 4 – Desenho básico do fluxo de dados do Sisvan no setor saúde

Fonte: SILVA et al. (2001, p. 83).

Atitude de vigilância

Chegamos aqui com muita informação sobre os objetivos básicos do Sisvan, que é o monitoramento nutricional dos indivíduos em seus cursos de vida. Será que a nossa missão ao abraçar o Sisvan é buscar dados?

Temos discutido que o nosso papel é ter atitude de vigilância!

Até agora chamamos atenção para o fato de que a informação deve estar voltada para a ação. O esperado é que essas informações e ações contribuam efetivamente para o controle dos problemas identificados no setor saúde, para a prevenção e promoção da saúde e nutrição.

Outra questão importante é a de que temos diferentes executores e gestores da informação e da ação: os do nível local e os do nível municipal, estadual e federal.

O Sisvan fornece informações com o objetivo de descrever o perfil alimentar e nutricional do indivíduo que procura as ações de saúde, em busca de qualquer tipo de atendimento (nível individual), bem como

da população da área de abrangência de sua unidade de saúde (nível coletivo).

O conjunto dessas informações irá nos fornecer a situação geral das ações de saúde praticadas nas unidades de saúde e nos programas comunitários. Dessa forma, podemos saber qual a enfermidade de maior prevalência em nossa comunidade antes de priorizar o atendimento e as ações. Essa lógica também acontece com os níveis de gerenciamento e gestão.

Vamos refletir sobre uma situação do cotidiano num pólo-base ou no posto de saúde?

Chega uma criança de dois anos, acompanhada da mãe, à procura de atendimento, com queixa de diarréia. O que você poderia fazer?

- Dependendo da formação do profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde), seria possível fazer o diagnóstico e medicar a criança; oferecer recomendações necessárias para o tratamento da doença; agendar uma consulta de retorno para verificar os resultados do tratamento ou das orientações; vacinar, registrar no cartão a vacina dada e agendar a próxima data da vacinação.
- Se o Sisvan estivesse implantado e funcionando, a criança poderia ser pesada; o seu diagnóstico nutricional anotado; e seus dados poderiam ser registrados em planilhas específicas e na curva de crescimento da Caderneta da Criança.
- Seria possível conversar com a mãe sobre outras ações de saúde, como aleitamento materno, introdução de alimentos e cuidados de higiene; vacinação; conhecer um pouco mais sobre essa criança e tirar dúvidas da mãe sobre cuidados básicos, além de encaminhá-la, de acordo com o diagnóstico realizado, para algum atendimento, programa específico ou tratamento; vacinar, registrar no cartão a vacina dada e agendar a próxima data da vacinação.
- Outra alternativa seria promover reuniões com temas específicos ou não e convidar as pessoas a participar de forma a lhes dar oportunidade de construir coletivamente um novo conhecimento e, com isso, buscar soluções para os seus problemas.
- Por último, após consolidar os dados de toda a clientela atendida, seria possível divulgar os resultados encontrados na aldeia em que se trabalha, por meio de boletins, informes, rádio comunitária local etc.

Tentamos exemplificar o que seria "informar para agir". Na hipótese apresentada anteriormente, poderíamos somente ter tratado da diarréia, mas optamos por valorizar o estado nutricional, intervindo precocemente e promovendo a saúde da criança, além de ter a preocupação de registrar essa informação de forma organizada.

Tudo isso é ter uma atitude de vigilância. É assumir um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase da vida. É usar a informação gerada rotineiramente não só para retroalimentar o Sisvan e subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, mas também usá-la de forma imediata para repensar a prática e qualificar a assistência prestada aos indivíduos que diariamente estão à procura de atendimento.

Ter uma atitude de vigilância é valorizar o estado nutricional do indivíduo e do coletivo, é dar importância ao registro correto dos dados em planilhas, ratificando a importância da nutrição como coadjuvante das ações de intervenção diante o serviço. Por fim, é trabalhar pensando na promoção da saúde, de forma integral e igual para todos, baseada na realidade epidemiológica local.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Assista ao vídeo *Atitude de vigilância*, produzido pelo Inan/MS e CPCE/UnB (Centro de Produção Cultural e Educativa/Universidade de Brasília, coleção Vídeos em Saúde), em junho de 1997. Este vídeo faz parte do acervo da CGPAN, do Ministério da Saúde, e da videoteca do Departamento de Comunicação em Saúde/DCS/CICT, que pode ser acessada por meio do site da Fiocruz. Para qualquer informação sobre a reprodução, contatar a videoteca.

Depois de ler o Capítulo 6, e de assistir ao vídeo:

1. Reflita como os procedimentos de fluxo de dados de um serviço de saúde podem contribuir para o fortalecimento do Sisvan.

2. Faça seus comentários em relação às indagações a seguir:

a) O que significa ter "atitude de vigilância"?

b) Os procedimentos de fluxo de dados contribuem para o fortalecimento do Sisvan? Por que e de forma?

3. Considerando que no Brasil o setor saúde foi o responsável pela implantação do Sisvan, quais as potencialidades e limitações para o Sistema? Como superar as limitações? Proponha estratégias que, baseadas no que você leu e na proposta da Norma Técnica da Funasa para o Sisvan Indígena (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005) possam implementar o Sisvan não somente no serviço de saúde, mas em sua comunidade. Procure articular o que você leu com o que você conhece ou vivencia no seu cotidiano de trabalho.

Referências

ACOSTA, S. J. Errores em que se puede incurrir em los sistemas de vigilância alimentaria y nutricional. *Revista Cubana de Alimentação e Nutrição*, Havana, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2001.

ATITUDE de vigilância nutricional. Produção: INAN e CPCE. Brasília, 1997.

BOLETIM Nacional do Sisvan, Brasília, a. 2, n. 1, 1996.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em: 13 jun. 2006.

______. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde*/NOB-SUS 96. Brasília, 1997. 34 p.

______. ______. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 nov. 1996.

______. ______. Portaria n. 80-P, de 16 de outubro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 out. 1990b.

______. ______. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jan. 2001.

______. ______. Portaria n. 709/GM, de 10 de junho de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a implementação de ações de combate às carências nutricionais nos Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 110, 11 jun. 1999a. Seção 1, p. 85.

______. ______. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, v. 110, 11 jun. 1999b. Seção 1, p. 14.

______. ______. *Programa de atendimento aos desnutridos e às gestantes em risco nutricional*: leite é saúde. Brasília, 1993. 15 p.

CASTRO, I. R. R. *Vigilância alimentar e nutricional*: limitações e interfaces com a rede de Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

DATASUS. Apresentação do SISVAN. Disponível em: <http://aguia.datasus.gov.br/bolsa/> Acesso em: 23 fev. 2007.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Programa de Apoio à Reforma Sanitária. *Sistema de vigilância alimentar e nutricional na rede de saúde*: manual para implantação. Rio de Janeiro, 1993.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *Conferencia mundial de los alimentos*. Roma, 1974.

______. *Conferencia internacional sobre nutrición*. Roma, 1992.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Norma técnica*: vigilância alimentar e nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Brasília, 2005. 92 p.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978, Alma-Ata (URSS). *Primary health care*: joint report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Found for the International Conference of Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; Unicef, 1978.

KRUSE, B. *Sisvan*: breve viagem ao passado. In: ENCONTRO NACIONAL DOS COORDENADORES ESTADUAIS E CENTROS COLABORADORES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 6., Brasília, 2006. Sisvan: histórico, avaliação e perspectivas: mesa redonda. Brasília, 2006.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil, I: Período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

______. *Usos y perspectivas de la epidemiologia*. Washington, D. C., 1984. (Publ. n. PNSP 84-47).

______. *Vigilância alimentaria y nutricional en las Americas*: una conferencia internacional, México, 5-9 de Septiembre de 1989. Washington, D. C., 1989. (Publicación científica, 516).

______. Comitê Temático Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Informe final*. Brasília, 1999.

SILVA, D. O. et al. *Sisvan*: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais de saúde: o diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ensp/Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição, 2001.

UNICEF. *Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento.* Nova Iorque, 1990.

III | Alimentação e nutrição indígena

Foto: Paulo Sérgio Delgado

7. Sociodiversidade, alimentação e nutrição indígena

Maurício Soares Leite

Neste capítulo iremos nos dedicar à descrição, em termos amplos, das práticas alimentares indígenas no país. Serão contemplados aspectos como as idéias nativas sobre a alimentação, produção e obtenção de alimentos, sazonalidade e transformações nas práticas alimentares. A idéia é partir de alguns conceitos presentes no senso comum e discuti-los, refletindo sobre as limitações das generalizações e situando nossas reflexões no panorama da ampla heterogeneidade que, como vimos na Parte I, "Povos indígenas e o processo saúde–doença", caracteriza as sociedades indígenas do país.

Práticas alimentares já foram conceituadas na Parte II deste livro, Capítulo 5, "Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil". Elas referem-se aos modos como os povos se alimentam e, em termos mais amplos, às atividades relacionadas à alimentação.

Em primeiro lugar, pensar em alimentação indígena significa reportar-se, antes de tudo, à imensa diversidade que caracteriza as sociedades indígenas. Isso quer dizer que não podemos dizer simplesmente "como os índios se alimentam", uma vez que existem no Brasil muitos povos indígenas cujos hábitos são, muitas vezes, diferentes entre si. Essa heterogeneidade, no entanto, não se limita às práticas alimentares, mas estende-se aos demais aspectos de suas vidas. Além disso, há que se considerar que o contato com novos hábitos e práticas trouxe novos elementos para a alimentação desses povos, em um processo que também varia de um lugar para outro. A palavra-chave aqui é, novamente, **diversidade**.

A diversidade dos povos indígenas já foi assunto deste livro, na Parte I, "Povos indígenas e o processo saúde–doença".

DIVERSIDADE

A diversidade pode ser vista sob diversos prismas. Os conceitos variam desde definições restritas, que enfatizam a diversidade de raça, etnia e gênero, até aquelas extremamente amplas que se referem a todas as diferenças entre as pessoas, isto

é, todos são diferentes em relação a idade, habilidades físicas, localização geográfica, formação educacional, identidades culturais, estilos de vida, entre outros.

A diversidade está associada ao princípio básico de cidadania que visa assegurar o respeito à dignidade de todas às pessoas. Representa a efetivação do direito à diferença, criando condições e ambientes em que as pessoas possam agir em conformidade com seus valores individuais.

Segundo a Convenção sobre Diversidade Cultural da Unesco (UNESCO, 2005, p. 4-5), a diversidade cultural refere-se às muitas e diferentes formas em que a cultura de grupos ou sociedades se expressam. Essas expressões se manifestam dentro e entre grupos e sociedades, não somente por meio da herança cultural, mas também pelos diversos modos de criação artística, produção, disseminação e distribuição, quaisquer que sejam os meios e tecnologias utilizadas.

Para refletir

Ao conversar com um índio, qual seria a sua explicação sobre "como os não-índios se alimentam e como produzem e/ou obtêm seus alimentos"? Só para começar, quantos "tipos" de não-índios existem no mundo? Como você descreveria a alimentação de tantos povos diferentes?

Refletindo sobre algumas idéias preconcebidas

Em um panorama tão heterogêneo, as generalizações apresentam limitações ainda mais importantes, e idéias presentes no senso comum nem sempre correspondem à realidade encontrada nas comunidades. Ao longo dos próximos parágrafos, procure pensar sobre suas idéias acerca dos povos indígenas, tentando avaliá-las criticamente.

Uma primeira idéia a ser revista, como chama a atenção o antropólogo Júlio César Melatti (1987), é a que descreve os índios como indolentes, como pouco afeitos ao trabalho. Quem já participou do dia-a-dia de uma comunidade ou colaborou com a produção e o processamento de alimentos sabe o quão penoso pode ser este cotidiano, o quanto pesa um saco de farinha ou de castanhas e quanto se precisa caminhar para voltar com a caça para casa ou remar para trazer peixe. É claro que, dependendo da região ou do tipo de alimento em questão, o esforço poderá ser maior ou menor; mas o fato é que não se pode, seriamente, descrever o

cotidiano indígena como fácil ou os índios como preguiçosos, conforme vimos ao estudar a noção de etnocentrismo. O que talvez favoreça esse tipo de prejulgamento é a existência, em certos contextos indígenas, de concepções e objetivos distintos referentes ao trabalho que, tradicionalmente, não compartilham ou valorizam a lógica da acumulação de bens (RAMOS, 1986).

Já falamos sobre etnocentrismo no Capítulo 2, "Processo saúde–doença".

Todos os índios comem farinha de mandioca e peixe?

Outro conceito a ser discutido diz respeito ao que se considera, no senso comum, "comida de índio". A título de exemplo, é comum acreditar-se que os índios têm na mandioca e seus derivados – farinha, beiju etc. – a base de sua alimentação. Afinal de contas, usualmente se reconhece a farinha de mandioca como a mais importante contribuição indígena para a culinária brasileira. No entanto, como veremos mais adiante, tal afirmação é válida para apenas uma parte das sociedades indígenas do país. Outras tantas tinham no milho seu principal alimento, e outras a batata-doce. Para esses povos, portanto, comer mandioca é algo tão novo como comer arroz, açúcar ou bolachas. Nesses casos, ela foi trazida por missionários, seringueiros, ou agentes do SPI ou da Funai. Ou seja, para muitos povos indígenas a farinha de mandioca aparece como "comida de branco", ao contrário do que afirma o senso comum. É este o caso dos Xavánte de Mato Grosso (MAYBURY-LEWIS, 1984), e dos Warí, de Rondônia (LEITE, 2007). Antes do contato com não-índios, para os dois grupos, o milho era a base da alimentação, associado a outros cultivos. Hoje, no entanto, a farinha de mandioca é amplamente produzida e consumida em suas comunidades.

Fotos 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 – Diversidade alimentar dos povos indígenas no Brasil

Foto: Mauricio Soares Leite

Carne de jacaré no moquém

Foto: Mauricio Soares Leite

Diferentes tipos de milho

Moquém é uma grelha de varas para assar ou secar a carne.

Outro engano freqüente é imaginar que os povos indígenas comem tudo o que há à sua volta. Algo como: se no meio ambiente em que vivem há rios, lagos ou mar, então comem peixe. Se houver caça de pêlo (antas, porcos-do-mato, veados, macacos etc.), então se imagina que os índios comem caça. Para a lógica dos não-índios, nada mais natural pensar que se há "comida" disponível ela será utilizada na alimentação do grupo. Nada mais equivocado. Se fizéssemos uma revisão das práticas alimentares dos povos indígenas que vivem no país e as comparássemos com o que a sociedade não-indígena considera alimento disponível em seu ambiente, iríamos encontrar enormes divergências. No Xingu, por exemplo, as proibições atingem os animais de pêlo, apesar de toda a sua abundância na região. Em outros locais, acontece o inverso (SENRA, 2001). É possível mesmo encontrar povos que vivem em uma mesma região, no mesmo tipo de ambiente, mas que escolhem como alimentos animais e vegetais muito diferentes, ou que os preparam e consomem de modos também distintos. Os Enawenê-Nawê e os Rikbaktsá, por exemplo, ocupam a bacia do rio Juruena, no Mato Grosso, e fazem escolhas alimentares muito distintas apesar de ocuparem o mesmo ambiente. Assim, os primeiros não consomem caça, mas apenas peixes (SANTOS, G. 2001), enquanto os Rikbaktsá têm na caça sua principal atividade, e ainda consomem diversas espécies de peixes (ATHILA, 2006).

Parece estranho a você que os povos indígenas comam de maneiras tão variadas? Por que existe uma diversidade tão grande das práticas alimentares?

Entender todas essas diferenças e variações nas práticas alimentares indígenas é mais fácil quando olhamos para nossas próprias condutas, e quando vemos que as sociedades não-indígenas também comem de forma muito variada. Antes de tudo, é preciso lembrar que não existe "comida" simplesmente, isto é, algo que seja considerado comida por todos os povos do mundo. Não basta que alguma coisa seja rica em proteínas, vitaminas e minerais para que seja considerada comida. Vejamos um exemplo drástico disso: cães (sim, isto mesmo: cachorros, aqueles que nós brasileiros gostamos de afagar, que criamos e alimentamos e aos quais tanto nos afeiçoamos). Reconheçamos, os cães são muito ricos em proteínas e ferro, para não mencionarmos outros nutrientes. No entanto, não conseguimos pensar na possibilidade de sacrificar um cão e comê-lo, e nem de recomendar que as mães de crianças desnutridas o façam. Do ponto de vista nutricional, no entanto, a carne do cão seria benéfica para o organismo da criança debilitada. Ainda assim, não

pensamos nesta possibilidade, que nos causa verdadeiro horror. No entanto, em muitos outros países esses animais são consumidos e apreciados, como na Coréia, por exemplo.

Do mesmo modo, aqui no Brasil não é comum o consumo de carne de cavalo, enquanto na França, um país mundialmente reconhecido por sua culinária, trata-se de uma carne muito apreciada. Somos mais "civilizados" ou "menos ignorantes" que os franceses ou coreanos? Bem, se não comemos e nem consideramos comida o que um coreano ou um francês come e considera comida, então por que esperar que um índio pense que tudo o que comemos deve realmente ser comido?

Será que os não-índios entendem mais de alimentação do que os povos indígenas?

O que estamos discutindo aqui é um terceiro conceito a ser revisto, e de certo modo associado ao anterior. Trata-se da idéia de que as populações nativas possuem idéias pouco elaboradas sobre sua alimentação, inclusive no que diz respeito às relações entre o que comem, como o fazem e sua saúde. Isso não corresponde à realidade. Longe de apresentar um conjunto aleatório de práticas alimentares, a serem ordenadas e corrigidas com base no conhecimento biomédico, as práticas alimentares indígenas possuem princípios (idéias, razões) ordenadores absolutamente lógicos e coerentes, e em consonância com suas visões de mundo. Trata-se, aqui, de reconhecer a existência e a legitimidade de um conjunto de idéias a permear as práticas nativas. Os povos indígenas sabem o que comer, como, quando e o porquê de fazê-lo, ainda que suas idéias sejam distintas das nossas. A atuação ao lado dessas populações não pode desconsiderar a existência de um amplo e intrincado conjunto de princípios ordenadores. As formas pelas quais classificam, selecionam, buscam, processam e consomem aquilo que definem como alimento obedecem a princípios culturalmente específicos, e que formam um todo coerente com outros aspectos de suas culturas.

Para refletir

Você é capaz de descrever algum exemplo de sua alimentação que pareça estranho para alguém que viva em outra sociedade? Por que este exemplo parece estranho ao outro?

Mesmo depois dessas reflexões, alguém ainda pode se perguntar: "Alguém poderia, então, 'ensinar' um índio a comer o que os não-índios

pensam ser adequado, ou o que consideram comida, ou ainda o que consideram saudável?" Bem, antes de responder, voltemos ao caso anterior: será que os norte-americanos ou os alemães precisam que os coreanos ou os chineses os "ensinem" a comer seus cachorros ou gatos, ou que os franceses lhes digam o mesmo sobre os cavalos? Ou, ao contrário, deveriam ensinar a esses povos que cachorros não são comida e aos franceses que seus cavalos também não o são? Naturalmente, não. Mas isso nos leva a outra questão: todos nós, ocidentais ou orientais, índios ou não-índios, temos idéias sobre nossa alimentação, assim como sobre as relações entre o que comemos e a nossa saúde.

Quando começamos a conviver com um povo diferente, seja ele indígena ou não, é natural que suas práticas nos pareçam estranhas e, muitas vezes, sem sentido. À medida que passamos a conviver, especialmente se nos esforçamos para compreender suas idéias e motivos, percebemos que todas as práticas – e isso inclui as práticas alimentares – têm suas razões de ser, e que não são simplesmente aleatórias. A alimentação segue regras específicas, que dizem o que devemos comer, quando e de que modo, em que quantidade, na companhia de quem, e assim por diante. Alguns animais ou mesmo plantas são considerados adequados para o consumo por indivíduos em algumas fases de suas vidas e inadequados em outras. Um alimento, assim, pode ser considerado inapropriado para o consumo por indivíduos em fase de crescimento, como crianças e adolescentes, mas "liberado" para adultos e idosos. Em outros casos, partes específicas de alguns animais são proibidas em algumas etapas da vida, enquanto outras são consideradas adequadas. E há, ainda, animais e vegetais que jamais são comidos.

Para refletir

Você já observou alguma dessas regras na comunidade em que você trabalha ou já ouviu falar sobre elas? Caso sim, pense como você descreveria essas regras. Caso não tenha identificado, comece a observar e a conversar com as pessoas para conhecer as práticas alimentares em cada etapa da vida.

Essas regras e os motivos que as orientam variam de um povo para o outro, mas não se pode considerar que as normas de uma cultura são mais válidas do que as de outra. Embora com freqüência seja esta a primeira impressão que se tem diante de hábitos diferentes daqueles que estamos acostumados, é preciso lembrar que nossas condutas muitas vezes também parecem estranhas e sem sentido para um estrangeiro. Elas fazem sentido dentro do modo como vemos e pensamos o mundo,

as relações com as pessoas que nos cercam, e as nossas noções de fisiologia, para mencionar apenas alguns aspectos. E assim acontece com todos os povos indígenas.

A antropóloga Alba Figueroa descreve como foi advertida, entre os Sateré-Mawé, por agir de modo inadequado segundo a visão de mundo dos nativos:

> Assim, me defrontei um dia com um balaio pendurado numa parede da cozinha, em que eram recolhidos os ossos das “embiras”, as caças, depois das refeições. O objetivo era retornar esses ossos para o mato, para entregá-los de volta para Curupira, o dono das caças, senhor do mato. Era coisa certa a fazer, não o que fiz um dia, durante uma viagem de barco, quando depois de comer um pedaço de paca que gentilmente me ofereceram, joguei o osso no leito do rio, achando que meu gesto era aceitável desde meus referenciais ecológicos urbanos. Dessa vez fui cordialmente repreendida pelos meus colegas indígenas de viagem, por ter feito algo, considerado extremamente perigoso: jogar pertences de Curupira num domínio que não era o dele, nas águas, lugar dos encantados. Curupira ficaria enraivecido e não aceitaria as oferendas de troca do caçador que nos tinha oferecido a paca (geralmente tabaco) e o caçador se tornaria *panema* (com má-sorte na caça) (FIGUEROA, 2004, p. 4-5).

Um estudo realizado entre os índios Warí, no estado de Rondônia, com o objetivo de descrever e compreender suas práticas alimentares, aponta para a riqueza das idéias nativas associadas à alimentação:

> Entre os Warí a alimentação, para além de estabelecer identidades e diferenças, cria e expressa relações sociais. São praticamente infinitas as formas e nuances pelas quais alimentos e sociabilidade se relacionam: assim, criam-se e reafirmam-se as relações entre indivíduos e grupos familiares, entre homens e mulheres, pais e filhos, consangüíneos e afins, e ainda entre as aldeias Warí, onde celebra alianças e pode declarar rupturas. Durante o período de luto, a alimentação expressa a dor e o auto-afastamento social dos enlutados, e posteriormente o seu retorno ao convívio social. Revela o cuidado dos pais com os filhos, e a atenção mútua entre cônjuges. A sociabilidade Warí – e a mediação desta sociabilidade pela alimentação – não se limita às relações entre homens, mas estende-se aos animais: é este o papel dos cuidados com as caças, e da “administração” dos riscos inerentes ao seu consumo (LEITE, 2007, p. 127).

Cabe aqui uma explicação sobre o último trecho da citação, que fala sobre o risco de consumir carne de caça. Segundo a tradição Warí,

diversas espécies de animais devem ser tratadas com respeito e somente consumidas após a intervenção de um xamã, que garantirá que o espírito do animal morto não cause males àqueles que irão consumi-lo.

Mas será que as idéias indígenas sobre a alimentação sempre são tão exóticas e diferentes daquelas observadas entre os não-indígenas?

Quando revemos todos os exemplos até aqui mencionados, temos essa impressão. Mas não podemos deixar de lembrar que, em diversos contextos, as práticas alimentares dos povos indígenas e os conceitos que as acompanham são muito semelhantes, e por vezes iguais, àqueles observados entre a população não-indígena das mesmas regiões. O profissional de saúde não deve, portanto, esperar encontrar sempre hábitos exóticos e completamente diferentes dos seus, e nem idéias estranhas e caracterizadas por um simbolismo quase poético. Ele não deve se surpreender ao observar práticas e conceitos comuns ao seu próprio dia-a-dia. Em um sem-número de comunidades indígenas podemos observar a população comendo arroz e feijão, e utilizando açúcar e óleo de soja em seu dia-a-dia. Como discutiremos em maior detalhe mais adiante, a ocorrência de mudanças nas práticas alimentares nativas, com a incorporação de muitas das condutas e idéias ocidentais, é mais do que freqüente. Mas isso não muda o fato de que estes povos seguem pensando sobre sua alimentação e sobre as relações entre suas práticas, sua saúde e outros aspectos de suas vidas. Portanto, precisamos estar atentos e sensíveis às particularidades dessas idéias, de modo a prestarmos uma assistência à sua saúde efetivamente diferenciada, isto é, sensível a estas especificidades, a estas diferenças.

Desse modo, ao invés de constituírem simplesmente hábitos casuais, aleatórios e desordenados, a serem ordenados e corrigidos a partir do conhecimento biomédico ou, em outras palavras, a partir da atuação "civilizatória" de profissionais da área biomédica, as práticas alimentares indígenas revelam-se lógicas e coerentes, e em consonância com as visões de mundo desses povos. É importante lembrar ainda que esses povos também possuem suas próprias noções de fisiologia e medicina, e que elas são muito diferentes daquelas que caracterizam o pensamento biomédico ocidental. Diferentes, mas nem mais e nem menos legítimas, como foi mencionado no Capítulo 2, "Processo saúde–doença".

Reconhecer que as práticas nativas possuem razões lógicas e coerentes é o primeiro passo para que possamos buscar entendê-las, e a proposta

de compreensão dessas idéias deve obrigatoriamente permear a atuação junto a essas populações. O profissional de saúde deve, em seu trabalho cotidiano, sempre ter em mente a possibilidade de que idéias nativas sejam, em maior ou menor medida, diferentes das suas, e que isso possa afetar de modo importante o seu trabalho. Isso não significa, no entanto, que não possamos pensar de acordo com nossa formação profissional ou atuar segundo as nossas idéias pelo fato delas serem mais ou menos diferentes das noções indígenas sobre saúde, fisiologia ou nutrição. Isso apenas quer dizer que precisamos estar muito atentos aos efeitos dessas diferenças e à possibilidade de que nossas ações não tenham os efeitos esperados, por não sermos ouvidos como esperávamos, por nossas orientações não serem seguidas à risca ou por ambas as razões. Se isso ocorrer, o motivo não terá sido a ignorância dos nativos, mas um problema de comunicação entre conceitos muito diferentes. Em outras palavras, possivelmente à nossa própria ignorância das idéias nativas. Intervir ignorando as razões que orientam e justificam as práticas indígenas pode comprometer seriamente o sucesso das ações direcionadas à melhoria de suas condições de alimentação e nutrição.

Para refletir

Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, procure ouvir o que a comunidade pensa sobre o que é saúde, alimentação e nutrição. Quais pontos são semelhantes e/ou diferentes daqueles encontrados:

a) Na população não-indígena que vive no entorno das terras indígenas?

b) Entre os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde indígena?

c) Em sua concepção de saúde, alimentação e nutrição?

Produção e obtenção de alimentos

A heterogeneidade das sociedades indígenas foi discutida neste livro, no Capítulo 1, "Povos indígenas no Brasil".

Antes que tentemos descrever, em termos gerais, os processos de produção e obtenção, distribuição e consumo de alimentos, é importante que, mais uma vez, lembremos a imensa heterogeneidade que caracteriza as sociedades indígenas no país. Essa diversidade transforma em um desafio a tarefa de descrever esses processos, ainda que em termos gerais. Assim, diante da constatação de que invariavelmente deixaríamos de lado uma grande gama de situações, moldadas e individualizadas ao nível local, optamos aqui por tecer algumas considerações sobre aspectos que podem influenciar as condições de produção e consumo de alimento entre os povos indígenas no país. Ainda assim, julgamos

adequado apresentar um número limitado de exemplos que pudesse dar uma mostra da diversidade de situações encontradas em todo o país.

Para refletir

Antes da leitura do trecho a seguir, pense de onde vêm os alimentos utilizados pela comunidade onde você atua. Eles são comprados? São plantados, caçados, pescados? Você já visitou uma roça da comunidade? Você sabe se a comunidade pratica a agricultura?

Já de início, há que se considerar como podem ser diferentes os ecossistemas ocupados pelos povos indígenas, que incluem ambientes tão distintos como áreas de terra firme no Acre, outros estados amazônicos cobertos por florestas, extensas savanas em Roraima, cerrado na região Centro-Oeste, caatinga no semi-árido nordestino, mata atlântica nas regiões litorâneas, e assim por diante (para não mencionar as populações localizadas em ambientes urbanos em todo o país). A essa heterogeneidade somam-se outros fatores que tornam a tarefa de fazer uma descrição ampla um desafio. A imensa diversidade cultural dos povos indígenas, um tema recorrente neste livro, exerce um papel importante também nesse contexto, na medida em que multiplica as possibilidades apresentadas pelos contextos ambientais, fundiários e socioeconômicos em que se inserem.

Nesse conjunto de fatores, ganha destaque a disponibilidade de terras e de recursos naturais, que influencia de modo significativo os processos de obtenção de alimentos. A situação fundiária difere enormemente no panorama das mais de 225 etnias indígenas hoje oficialmente reconhecidas no país (AZEVEDO, 2005), mas de modo geral se pode afirmar que a partir do contato com não-índios a disponibilidade de terras se reduz significativamente. Mesmo no contexto amazônico, onde há casos de grandes extensões de terras disponíveis para o uso dos povos indígenas, os recursos naturais encontram-se normalmente dispersos por extensas áreas. Assim, é necessário percorrer grandes distâncias para ter acesso aos recursos disponíveis. Mais que isso, é imprescindível um profundo conhecimento não apenas da região, de modo a localizar aquilo que se deseja, mas ainda dos ciclos da natureza e do comportamento das espécies procuradas. Dessa forma, é possível saber em que época do ano, por exemplo, frutos comestíveis podem ser encontrados, e em que região. Ou onde se localizam e quando irão frutificar árvores utilizadas como alimento por animais como macacos, pacas ou antas, porque ali

os caçadores poderão encontrá-los com maior facilidade. Precisam saber exatamente onde encontrar os materiais utilizados para construir suas casas, seus utensílios domésticos, suas ferramentas e armas, para darmos apenas uns poucos exemplos.

O mesmo acontece com as terras férteis, pois nem todos os solos são próprios para o cultivo. Na região amazônica, há "manchas" de terra escurecida, conhecidas como "terra preta de índio", especialmente férteis, que resultaram da ação do homem ao longo de séculos na região, acumulando material orgânico nas áreas ocupadas e tornando-as mais férteis do que as terras da região circundante. Saber onde esses solos se encontram, e reconhecê-los em meio à floresta, é fundamental para o sucesso da agricultura. Alguns povos os identificam pela presença de algumas espécies vegetais características; os Warí, por exemplo, os reconhecem quando encontram *torot*, aracuri (*Sheelea martiana* Burret), uma espécie de palmeira comum nesse tipo de solo. Assim, como a antropóloga Alcida Ramos afirma em seu livro *Sociedades indígenas*, "limitar o território de um grupo às imediações de seu centro residencial, a aldeia, é condenar este grupo à penúria permanente, privando-o dos recursos naturais que (...) acham-se espalhados por grandes distâncias" (RAMOS, 1986, p. 22).

No entanto, a disponibilidade de grandes extensões de terra e a abundância de recursos naturais não podem ser vistas como freqüentes no panorama das sociedades indígenas contemporâneas no Brasil. Isso é especialmente válido no contexto "extra-amazônico", o que fica evidente nos dados que apontam que 40% da população indígena do país encontra-se nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, confinada em apenas 2% das terras indígenas do país (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003, p. 21). Nesses casos, a escassez de recursos dificulta sobremaneira ou mesmo inviabiliza a produção de alimentos através das técnicas praticadas desde tempos imemoriais.

Sazonalidade é o efeito das estações do ano sobre alguma variável, resultando em diferenças de uma estação para outra.

A produção de alimentos em terras indígenas também é freqüentemente afetada pelos ciclos anuais de chuvas e seca, subida e descida do nível dos rios, florescimento e frutificação de espécies vegetais, que acontecem em momentos específicos do ano. Estamos falando aqui da sazonalidade, variações na produção e consumo de alimentos, de acordo com a estação do ano. Essa questão nos interessa porque em algumas épocas do ano poderá haver muito alimento disponível, enquanto outras serão épocas de escassez, quando o estado nutricional da população poderá ser negativamente afetado. Isso é particularmente preocupante para indivíduos em fase da vida específica, como crianças, adolescentes, gestantes

e idosos. O profissional de saúde deve estar atento nesses momentos, especialmente com aqueles que já apresentem estado nutricional comprometido, pois estarão expostos a um maior risco nutricional. Trata-se, portanto, de um aspecto que não pode ser deixado de lado nas rotinas de vigilância alimentar e nutricionais entre os povos indígenas do país.

Não é possível afirmar exatamente em que época do ano haverá abundância ou não em todas as etnias indígenas. Esses ciclos variam de uma região para outra. O mais comum é haver abundância de alimentos após as colheitas, mas mesmo a época da colheita pode variar de um cultivo para outro. Alguns povos, como os Nambikwára, descrevem a estação chuvosa como particularmente difícil (ASPELIN, 1975). Já outras etnias afirmam ser esta estação a que oferece maiores facilidades para se alimentar, como os Parakanã (FAUSTO, 2001b). O fato é que não é possível fazer generalizações, e o profissional de saúde precisa estar atento às dinâmicas locais. É indiscutível, porém, que a população local é a que melhor conhece os ciclos anuais de produção de alimentos, e poderá dar informações com maior precisão.

Para refletir

Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, a descrição geral apresentada acima se encaixa em sua realidade? E na das terras indígenas de seu estado?

O que você sabe sobre a história das etnias com que você trabalha, ou seja, a respeito do período anterior à ocupação das terras em que vivem atualmente?

Feitas essas ressalvas, traçaremos agora um panorama das formas contemporâneas de obtenção de alimentos, algumas das quais remontam a momentos anteriores ao contato com não-índios. A maior parte dos povos indígenas do país praticava a agricultura, combinada com a coleta de produtos silvestres e com a caça e/ou a pesca. De modo geral, hoje essas atividades incluem novos elementos como equipamentos, cultivos, técnicas e mesmo objetivos, já que agora, em alguns casos, incluem a comercialização dos excedentes. A técnica de cultivo mais difundida é a da chamada agricultura de corte-e-queima, também conhecida como coivara. Pequenos trechos de floresta são derrubados, geralmente no início da estação seca, e deixados algum tempo para que a madeira seque. Então, antes que volte a chover, os troncos derrubados são queimados. Em alguns casos, o material que não queimou é reunido e novamente queimado. Diferentemente do que o senso comum pensa, as pequenas queimadas não são prejudiciais ao solo, as cinzas agem como fertilizantes e aumentam a produtividade das roças assim abertas. Trata-se de um sistema amplamente estudado por cientistas e que se mostra plenamente adaptado às condições dos trópicos úmidos.

Como chama a atenção Julio Cezar Mellati (1987), em seu livro *Índios do Brasil*, o aspecto de uma roça de corte-e-queima é muito distinto daquele da roça feita com trator, geralmente nivelada, com a terra revolvida sem árvores ou arbustos e somente um tipo de cultivo. As roças indígenas, à primeira vista, parecem desordenadas, com o solo enegrecido e coberto por cinzas, com muitos tocos de árvores e, por vezes, grandes troncos caídos, que não chegaram a queimar por completo. Entre eles vão sendo semeadas as espécies desejadas: milho, abóbora, cará, inhame, favas, e ainda muitos outros cultivos introduzidos pelos colonizadores, como arroz, banana, amendoim, cana-de-açúcar, café etc. Os cultivos, no entanto, variam muito de um povo para outro. Hoje, sob a influência das populações que cercam as terras indígenas, é possível encontrar produtos como a banana, o arroz ou o feijão em quase qualquer roça, desde que o solo e o clima o permitam. No passado, cada etnia possuía, tradicionalmente, seus cultivos característicos, o que ainda hoje acontece em maior ou menor grau.

Fotos 8, 9 e 10 – Roças Indígenas

Foto: Maurício Soares Leite

Mandioca

Foto: Silvia Ângela Gugelmin

Roça recém-plantada

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Arroz

Essas roças, contudo, permanecem produtivas apenas por pouco tempo, e geralmente precisam ser abandonadas entre dois e seis anos após sua abertura, quando a produtividade cai muito e a terra começa a ser inevitavelmente invadida pelo mato, numa primeira etapa de retomada da roça pela floresta circundante. A partir daí, novas roças são abertas em áreas mais distantes, enquanto o solo abandonado lentamente se recupera. A presença da floresta ao seu redor é fundamental para a recuperação, porque de lá virão as sementes que farão novamente crescer a vegetação local e os animais (pássaros, mamíferos, insetos) que ajudam a dispersá-las. Mesmo abandonadas, as roças ainda continuam a produzir alguns itens e são periodicamente visitadas por seus antigos proprietários.

Dependendo do ecossistema, o solo precisa de um período mais ou menos longo para se recuperar por completo. O tempo necessário de repouso pode chegar a cem anos, como nos ecossistemas de rios de águas pretas. É fácil, assim, entender que são necessárias extensas áreas para que as roças não sejam novamente abertas antes que se recuperem, o que levaria ao esgotamento do solo. No caso de projetos de colonização, as pequenas áreas destinadas aos colonos não permitem que o solo tenha tempo para se recuperar, e então o resultado é o seu progressivo empobrecimento. O corte e a queima da floresta, praticados com sucesso pelos povos indígenas ao longo de séculos, deixam, nessas condições, de ser adequados aos ecossistemas tropicais úmidos e passam a ter um impacto negativo sobre o meio ambiente.

Onde entram as inovações, como as novas espécies e técnicas de cultivo, trazidas por não-índios?

À agricultura de corte-e-queima somam-se, hoje, as lavouras mecanizadas, em diversos casos caracterizadas pelas monoculturas e direcionadas à comercialização e, em outros, p raticadas diretamente por arrendatários dentro dos limites das terras indígenas. Os povos indígenas têm incorporado, ao longo de seu convívio com não-índios, novas práticas que se somam às economias ditas tradicionais. Dentre elas podemos citar a agropecuária, amplamente praticada por diversos povos, o uso de insumos agrícolas, a retirada de madeira, o garimpo, a piscicultura e, em última instância, a inserção em uma economia de mercado já globalizada. Disso resultam novas formas de utilização dos territórios e dos recursos naturais ali disponíveis e que não necessariamente obedecem à lógica que relaciona a **segurança alimentar e nutricional** à disponibilidade de terras para a produção de alimentos por meio de atividades como a agricultura, a caça e a coleta. Assim, podem ser encontrados casos em que há dispo-

Os conceitos de segurança alimentar e nutricional foram apresentados no Capítulo 5, "Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil".

nibilidade de recursos naturais, mas que deixaram de ser utilizados pelas populações a que se destinam.

A caça e a pesca, de modo geral, constituem as principais fontes de proteínas de alto valor biológico entre os povos indígenas. A importância relativa de cada uma na dieta da população varia de uma etnia para outra, como já vimos acontecer com outros aspectos da alimentação indígena. Além disso, quando as duas são praticadas pode acontecer de uma ser mais produtiva que a outra em uma estação, e o contrário acontecer em outra época do ano. Em muitos casos, no entanto, o que o profissional de saúde irá encontrar são terras exíguas e superexploradas, onde a caça e a pesca já não são praticadas ou o são de modo apenas incipiente. O mesmo pode ser dito sobre a coleta de alimentos que, em alguns casos, pode responder por uma parte significativa da alimentação e, em outros, já se encontra impossibilitada pela degradação ambiental. A coleta pode constituir uma fonte tão importante de alimentos, que no início da década de 1960 o antropólogo David Maybury-Lewis afirmava, para os Xavánte: "Sem a caça, a cultura Xavánte seria muito diferente. Mas sem a coleta, os Xavánte não seriam jamais capazes sequer de existir" (MAYBURY-LEWIS, 1984, p. 87). Desde então, muitas mudanças ocorreram. Décadas mais tarde, uma realidade distinta já podia ser encontrada entre os Xavánte: diante das mudanças ambientais e socioeconômicas pelas quais o grupo havia passado, incluindo o gradual esgotamento dos recursos naturais disponíveis nas proximidades da aldeia, atividades como a caça e a coleta passaram a assumir um papel secundário comparativamente à compra de alimentos, adquiridos principalmente a partir do recebimento de aposentadorias e salários (GUGELMIN; SANTOS, 2001).

Nos contextos em que a coleta ainda é praticada, frutas, castanhas, raízes, palmito, mel e insetos estão entre os alimentos obtidos nessa atividade. Por vezes esses recursos são encontrados por acaso; não é incomum, por exemplo, que durante uma caçada os homens localizem colméias, e ali retornem outro dia para a retirada do mel. Ou que, saindo para a coleta de patauá (*Jessenia bataua*, um pequeno coco), as mulheres encontrem outras variedades de frutos ou insetos comestíveis e tragam todos os itens para a aldeia. Em outras ocasiões, são programadas excursões para a busca de um produto específico, como os cocos do buriti. Atualmente, estes produtos são retirados, em alguns contextos, com fins comerciais, sendo reservada apenas uma parte para o consumo doméstico. A castanha-do-pará é outro exemplo de produto comercializado por diversas etnias amazônicas.

Fotos 11, 12, 13, 14 e 15 – Alimentos obtidos na coleta entre os Xavánte e os Warí

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Caju do cerrado (Cajuí)

Foto: Maurício Soares Leite

Uxi

Foto: Sílvia Ângela Gugelmin

Tubérculo

Foto: Sílvia Ângela Gugelmin

Guavira

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Caju

Como já vimos, esses recursos encontram-se geralmente dispersos nas terras indígenas. E uma vez explorados, eles levam algum tempo para se recuperarem, tempo este que varia de região para região e de um tipo de recurso para outro. Quando isso não acontece, as fontes de alimentos vão gradualmente se esgotando, comprometendo seriamente a alimentação da população. Em geral, as áreas mais próximas aos aldeamentos têm seus recursos mais explorados, e o resultado dessa prática é a necessidade de ir cada vez mais longe das aldeias para encontrar ou produzir alimentos. No passado, bastava mudar a aldeia de lugar e o problema estava resolvido. A mudança era feita para locais onde a caça, a pesca e a coleta ainda eram abundantes e as terras, férteis. Enquanto isso, as áreas exploradas iam se recuperando. Com a redução dos territórios, isso muitas vezes não é possível, ou então é necessário voltar a explorar uma área antes que ela se recupere. Em outros casos, embora ainda haja terras disponíveis para a mudança, as populações ficam concentradas em torno dos Postos Indígenas, porque ali têm acesso à assistência à saúde, escolas e outros recursos. Na verdade, a iniciativa de manter as populações próximas aos Postos Indígenas muitas vezes parte dos próprios órgãos que lhes prestam assistência, que deste modo conseguem ter um acesso mais fácil à população assistida.

Em muitas áreas indígenas simplesmente não há mais como caçar ou pescar. Em outras, até a agricultura é difícil, porque há tão pouco território disponível, que não é possível permitir que a terra descanse o tempo necessário para que se torne novamente produtiva, como acontece com os Guaraní, em Mato Grosso do Sul. Em outros casos, os povos indígenas retomam suas terras depois de haverem sido intensivamente exploradas pelos colonizadores, como foi o caso de várias terras Xavánte, em Mato Grosso, e de outras etnias. Diehl (2001) descreve, entre os Kaingáng de Chapecó (SC), uma situação em que as práticas produtivas anteriores ao contato com não-índios já não são suficientes para a manutenção das famílias e as terras indígenas, além de exíguas, foram devastadas pela extração da araucária. A autora assim descreve a situação do grupo:

> [...] a devastação ambiental dificultava as formas de subsistência tradicionais, impondo uma agricultura não-indígena, sujeita à mecanização, ao uso de fertilizantes e agrotóxicos e às inerentes dívidas advindas dos empréstimos obtidos para o plantio em maior escala. Este contexto tem obrigado os índios a procurarem outras formas de obtenção de renda, trabalhando como assalariados eventuais (DIEHL, 2001, p. 76).

As implicações desse tipo de mudança não escapam à atenção da autora, referindo que os Kaingáng tinham se tornado dependentes dos alimentos industrializados. Além disso, o trabalho como empregadas domésticas era, em mulheres com idades iguais ou superiores a 15 anos, a segunda principal ocupação e fonte de renda, vindo apenas depois do trabalho nas roças. Esta é uma realidade distante das visões mais românticas sobre a situação dos índios brasileiros, mas comum a muitas etnias.

Há casos em que recursos ambientais são tornados indisponíveis sem que necessariamente haja conflitos entre índios e não-índios: isto acontece, por exemplo, quando as terras indígenas são arrendadas para fazendeiros, ou quando as populações indígenas utilizam suas terras para a produção de itens destinados à venda, como o café. Em ambos os casos, o resultado é que menos terras ficam disponíveis à produção de alimentos para consumo próprio.

O esgotamento dos recursos naturais é a única ameaça à segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas?

Infelizmente, a resposta é negativa. Existem diversos fatores que com freqüência comprometem a segurança alimentar e nutricional nas terras indígenas. Há desde a disputa pela posse propriamente dita da terra, como é o caso dos conflitos com posseiros e fazendeiros, até a luta pelos recursos localizados nos limites das terras indígenas, como é o caso da ação de garimpeiros, madeireiros, caçadores e pescadores. No caso dos garimpos e da extração de madeira, há o agravante do impacto ambiental dessas atividades, que comprometem a utilização posterior das áreas para a produção de alimentos por longos períodos. Diferentemente do que se possa pensar, em alguns casos o impacto dessas e outras atividades se faz sentir mesmo quando elas têm lugar fora dos limites das terras indígenas. E as atividades não se resumem ao garimpo ou à extração da madeira, mas incluem outras aparentemente menos destrutivas, como a agricultura ou a criação de gado.

A contaminação ambiental por mercúrio (resíduo dos garimpos de ouro) é motivo de preocupação, especialmente na região amazônica, em virtude do volume das emissões registradas e dos efeitos sobre a saúde humana. O metal pode provocar sérios distúrbios neurológicos e é capaz de afetar populações localizadas a quilômetros de distância dos garimpos. O mercúrio chega à alimentação das populações indígenas através do pescado, encontrado principalmente sob a forma de metil-mercúrio, extremamente

tóxico para os seres humanos. O problema assume dimensões preocupantes diante da importância da pesca na dieta de diversas populações indígenas da região, como os Warí, os Mundurukú e os Kayabí, entre tantas outras (BRABO et al., 1999; DÓREA, 2003; DÓREA et al., 2005; SANTOS et al., 2003).

A agricultura no entorno das terras indígenas apresenta impactos também significativos; mesmo nos casos em que arados não são utilizados, grandes quantidades de solo são levadas para os cursos d'água, causando assoreamento. Ao exigir a retirada da cobertura florestal, o que muitas vezes estende-se às matas ciliares, a pecuária também produz esse tipo de efeito (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2006). No caso da agricultura, há ainda outro tipo de risco envolvido: a contaminação das fontes d'água por resíduos de pesticidas e fertilizantes. A contaminação da água acontece de duas formas, dependendo do tipo de solo da região. Nos casos em que os solos possibilitam uma boa drenagem, os contaminantes chegam ao lençol freático. Nos mais sujeitos à erosão, ocorre o escoamento superficial da chuva, atingindo os cursos d'água (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2006). Ante a expansão do cultivo da soja nas imediações do Parque Indígena do Xingu, no norte de Mato Grosso, o assunto é motivo de preocupação entre os povos que o habitam, embora ainda não tenham sido encontradas evidências de contaminação por esses componentes (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2006). No entanto, a própria presença de diversas cidades no entorno do Parque – assinale-se que as principais nascentes da bacia do rio Xingu estão fora dos seus limites – ameaça os recursos hídricos e as condições de saúde da população que o habita: o rio Culisevo, um dos principais formadores do rio Xingu, apresentou recentemente evidências de contaminação fecal contínua (SOUZA, 2006). O dado não é surpreendente: um estudo realizado na região ao longo de 2005 pelo Ministério das Cidades, envolvendo 13 municípios e 207.000 habitantes, registrou condições de saneamento amplamente precárias (SOUZA, 2005).

Mas ainda no que se refere à questão do acesso à terra e aos recursos naturais, e da sua importância para a produção de alimentos pelos povos indígenas, a relação entre a disponibilidade desses recursos e estado nutricional das populações não é sempre direta. Se, de um lado, a escassez de terras e recursos traz imensas dificuldades para a sobrevivência dessas populações, de outro, a garantia das terras indígenas deve vir acompanhada por uma série de outras ações que garantam que ela efetivamente se traduza em condições alimentares e nutricionais adequadas.

Um caso que ilustra bem essa reflexão é o dos Warí (LEITE, 2007). Suas terras foram demarcadas na década de 1980 e não houve conflitos com madeireiros, garimpeiros ou posseiros. Tampouco são exíguas suas terras, embora a população venha progressivamente aumentando. No entanto, um somatório de fatores resulta em uma situação marcada por condições nutricionais insatisfatórias, em que se destacam as elevadas prevalências de desnutrição infantil: entre os menores de cinco anos, o baixo peso atinge 52,7% das crianças, enquanto a prevalência de baixa estatura chega a 62,5%. Esses números são impressionantemente elevados. No mesmo período, a POF de 2002/2003 registrava baixo peso para a idade em apenas 4,6% das crianças brasileiras avaliadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006). A análise dos fatores envolvidos em tamanha desigualdade, contudo, não revela dados surpreendentes, mas a presença e o sinergismo de condições comuns à maioria das sociedades indígenas do país. A população baseia sua economia na produção comercial de farinha de mandioca, inserindo-se marginalmente na economia de mercado da região e submetendo-se a relações comerciais amplamente desfavoráveis; as condições sanitárias são precárias, o que resulta em um perfil de morbimortalidade caracterizado por doenças respiratórias e infecto-parasitárias, em que a malária e a tuberculose são endêmicas e as taxas de mortalidade infantil são superiores às taxas regional e nacional (LEITE, 2007). Nesse tipo de contexto, semelhante a um sem-número de outras comunidades indígenas, a disponibilidade de terras e de recursos naturais não se mostra suficiente para garantir a segurança alimentar e nutricional da população. Isso aponta para a relevância de fatores muitas vezes desconsiderados nas análises da situação alimentar e nutricional das comunidades indígenas e para os possíveis efeitos do sinergismo entre esses fatores. O profissional de saúde não deve, portanto, surpreender-se ao encontrar uma situação precária, mesmo quando, a princípio, há recursos e terras suficientes.

Para refletir

De que forma a situação fundiária local se relaciona com a produção e o acesso aos alimentos? Além do acesso aos alimentos, que fatores parecem afetar as condições de alimentação e nutrição da comunidade e de que modo isso acontece?

A questão do acesso aos alimentos entre populações indígenas não pode, contudo, limitar-se à discussão das formas pelas quais são produzidos pelas próprias comunidades; deve também incorporar as outras formas de obtenção desses alimentos. A aquisição comercial é uma realidade

para a maioria dos povos indígenas, e nesta medida importa saber as possibilidades e modalidades de acesso aos recursos monetários. Elas incluem o comércio com não-índios, o trabalho remunerado, o recebimento de benefícios sociais (por exemplo, aposentadorias e programas de redistribuição de renda como o Bolsa Família) e, em alguns casos, a exploração de recursos minerais (como o recente caso do garimpo de diamantes em terras Cinta-larga, amplamente divulgado pelos meios de comunicação de massa). Além disso, não pode ser desconsiderado o acesso à alimentação escolar e aos programas de cunho emergencial, como a distribuição de cestas básicas que hoje se estende a um número significativo de comunidades indígenas.

Os mercados regionais possibilitam o escoamento de produtos comercializáveis, sejam eles alimentos ou não, e a aquisição destes e outros itens. Exemplos são a castanha-do-pará, a borracha e outros produtos do extrativismo, e ainda produtos agrícolas como arroz, café ou mandioca, dentre outros. Contudo, as relações comerciais freqüentemente beneficiam o segmento não-indígena em prejuízo da população nativa, em alguns casos pouco familiarizada com as práticas comerciais. Os preços pagos pelos produtos indígenas são geralmente inferiores àqueles pagos pelos mesmos itens, quando produzidos por não-índios. Além disso, é comum que os índios paguem mais caro que os não-índios quando compram, ou que se submetam a juros abusivos para fazer compras a prazo.

Diehl (2001) aponta, na trajetória dos Kaingáng de Chapecó (SC), formas de interação com os não-índios amplamente desfavoráveis, senão perversas, para as populações nativas: a primeira é o arrendamento das terras indígenas para fazendeiros, a segunda, a prática de comerciantes locais reterem consigo os cartões de banco dos aposentados, de modo a conseguirem receber, diretamente nos bancos, os pagamentos, muitas vezes majorados pelas compras feitas em seus mercados. A prática ilegal já havia sido amplamente divulgada pelos jornais da região oeste de Santa Catarina (RICARDO, 2000).

Há que se mencionar ainda o caso de populações indígenas que vivem em contextos urbanos, em alguns casos reunindo-se em bairros específicos, como parte da população Xukurú, em Pesqueira, Pernambuco; ou os Pankararú, na favela Real Parque, no bairro do Morumbi, na cidade de São Paulo. Nesses casos, o trabalho remunerado assume um papel preponderante, juntamente com o recebimento de benefícios sociais, na obtenção de alimentos. O recebimento de salários, contudo, não ganha

importância apenas em ambientes urbanos. As funções de professores, agentes indígenas de saúde e agentes de saneamento são regularmente ocupadas por índios em todo o país, e podem ser encontradas na maioria das comunidades indígenas. Em um número crescente de comunidades, o cargo de chefia dos postos indígenas é ocupado também por integrantes das comunidades.

Em alguns casos, mesmo onde ainda são praticadas as atividades de caça, pesca e coleta, o trabalho remunerado corresponde a uma proporção significativa das atividades econômicas. Gugelmin e Santos (2001) descrevem o caso dos Xavánte de Sangradouro, em Mato Grosso. A Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, com uma extensão de 100.280 hectares e na época (1999) com uma população total de 870 habitantes, havia sido demarcada na década de 1980. A população ainda produzia parte da sua alimentação em suas terras, recuperadas após o uso intenso dos fazendeiros. Ao mesmo tempo, 39% dos indivíduos adultos exerciam funções remuneradas, como as de professores, agentes indígenas de saúde, motoristas e cozinheiras, entre outras. Os autores apontaram para as implicações desse tipo de perfil, que incluía uma redução significativa dos níveis de atividade física e, em termos alimentares, uma dieta caracterizada por produtos industrializados, com um consumo elevado de carboidratos simples e gorduras. A análise do estado nutricional da população, por sua vez, evidenciou um perfil preocupante: 24,6% dos homens e 41,3% das mulheres foram diagnosticados como obesos.

A produção de alimentos em terras indígenas tem sido objeto de diversos projetos realizados com povos indígenas há décadas. No entanto, em uma ampla análise dos projetos econômicos realizados na Amazônia Legal, a partir da década de 1980, Schröder (2003) observa que, em sua maioria (90% dos projetos), as iniciativas estavam direcionadas à comercialização da produção, e não ao consumo interno. Pelas mais diversas razões, a lista de insucessos é grande, ao mesmo tempo que se registram algumas iniciativas promissoras. O tema será examinado com mais detalhe no próximo capítulo, "Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil".

Há ainda outras iniciativas econômicas não necessariamente voltadas para a produção de alimentos e em alguns casos apoiadas por organizações não-governamentais: por exemplo, os Kayapó, envolvidos na coleta e venda de sementes de árvores cuja madeira possui interesse comercial, ou a comercialização de cestaria Baníwa em uma cadeia nacional de

lojas, em que foram agregados ao produto um valor adicional em virtude de sua origem indígena.

Como vimos em muitas situações, o acesso aos alimentos ou à parte significativa deles ocorre pela aquisição comercial; nesses casos, a geração de renda apresenta-se como uma alternativa para a produção de alimentos. Um desafio que se apresenta é tornar essas iniciativas – sejam elas direcionadas à produção de alimentos ou não-sustentáveis a longo prazo, sem o acompanhamento de não-índios.

Transformações nas práticas alimentares

As mudanças observadas nas práticas alimentares indígenas, depois do contato com não-índios, são geralmente bastante significativas e tendem a aproximar as dietas nativas da alimentação ocidental. Para que se possa pensar em uma atuação diferenciada com essas populações, isto é, uma atuação que leve em consideração as particularidades de suas culturas, é importante que tenhamos uma compreensão de outros aspectos, que não os estritamente nutricionais. É fundamental refletir sobre a natureza e o alcance das mudanças nas práticas alimentares nativas. Sem pretender esgotar os fatores envolvidos no processo de mudanças, vale aqui mencionar os mais evidentes.

Para refletir

Com freqüência é possível observar transformações importantes na alimentação dos povos indígenas. De que forma elas acontecem e como podem afetar a saúde dessas populações?

Não-índios adotam práticas indígenas, assim como os índios incorporam algumas das práticas trazidas pelos colonizadores. Em muitos casos a conversão ao cristianismo, por exemplo, leva a modificações nas práticas alimentares, já que estas são influenciadas pela religião. Por exemplo, os Warí tradicionalmente acreditavam que os espíritos de diversos animais poderiam atacá-los e deixá-los doentes, caso fossem caçados e consumidos sem que um xamã tomasse as devidas medidas para evitá-lo. A conversão ao protestantismo trouxe a idéia de que estes animais não lhes poderiam fazer mal; mais que isso, que os animais foram criados por Deus para que o homem os utilizasse. Desde então, não era mais necessária, para os convertidos, a intervenção do xamã, e "desapareceram" os riscos associados ao consumo de diversos animais (LEITE, 2007). Este caso é exemplar para ilustrar como tanto as crenças nativas como as ocidentais podem afetar e modificar hábitos alimentares.

Há que se considerar, ainda, a existência de relações interétnicas freqüentemente permeadas por preconceito e discriminação por parte do segmento não-indígena. Como outros aspectos de suas culturas, o modo indígena de se alimentar é, com freqüência, desvalorizado e ridicularizado. Isso parte, por vezes, dos próprios profissionais de saúde, que criticam abertamente as práticas que julgam inadequadas do ponto de vista biomédico. Assim, infelizmente não é raro que as populações indígenas mostrem-se constrangidas diante da chegada de não-índios, quando fazem suas refeições. Nesse tipo de contexto não surpreende que mudanças sejam drásticas e no sentido de sua aproximação da dieta não-indígena. Este tipo de preconceito não atinge somente os povos indígenas, sendo muitas vezes também dirigido aos não-índios que procuram atendimento nos centros de saúde, especialmente quando têm baixa escolaridade.

As mudanças alimentares entre povos indígenas são geralmente descritas com base no contraste entre os quadros "pré" e "pós-contato" com não-índios, concentrando-se no impacto da adoção de novas práticas sobre seus perfis de saúde. As descrições tendem a retratar um padrão pré-contato estático, posteriormente "corrompido" pelos hábitos introduzidos. No entanto, isso corresponde a uma simplificação da realidade. É preciso lembrar que nenhuma sociedade fica "congelada" ao longo do tempo, mas que vai se modificando gradualmente. A cultura de um povo e tudo o que ela inclui – a alimentação, por exemplo – é dinâmica, passa por modificações, mas nem por isso deixa de ser a cultura daquele povo.

Já discutimos sobre a cultura de um povo no Capítulo 2 deste livro, "Processo saúde–doença".

Assim, mesmo antes dos encontros com não-índios, as culturas indígenas já se modificavam, inclusive porque várias delas mantinham contatos entre si. Pensar na alimentação indígena como algo estável e livre de modificações até que houvesse o contato com os colonizadores, quando então se modificou por completo, é um engano. A descrição de um conjunto de práticas alimentares tradicional, estático e totalmente vulnerável aos hábitos trazidos por não-índios não faz jus à riqueza de idéias que, como vimos, orienta a alimentação indígena. E nem devemos pensar que novos alimentos e hábitos são incorporados pelos nativos de qualquer maneira, simplesmente porque lhes são apresentados ou porque a cultura indígena é mais "frágil" ou "fraca".

Fotos 16, 17, 18 e 19 – Formas de preparo dos alimentos

Foto: Maurício Soares Leite

Pamonha cozida na fogueira

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Bolo de trigo preparado na panela

Mulher cozinhando em fogão adaptado

Fonte: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Bolo de milho e arroz assado nas cinzas

A partir do contato entre povos, observa-se a introdução de elementos que vão de novos itens alimentares até novas formas de preparo e consumo. É importante lembrar que a adoção de novas práticas alimentares não acontece sem a mediação da população, isto é, sem que as idéias e valores que permeiam seu cotidiano “filtrem” o processo de mudanças, adotando os elementos que lhes parecem mais adequados. Em sua análise das mudanças observadas na alimentação Warí, Leite (2007) afirma que, a despeito da presença de inúmeros itens alimentares de introdução recente, era evidente que a alimentação continuava sendo orientada por sua cultura. Para dar um exemplo, embora os Warí tivessem incluído em sua dieta alimentos como o arroz e o feijão, o principal alimento responsável por um corpo forte e saudável, pela produção do sangue e da gordura corporal permanecia sendo o milho nativo, que sempre fora a base de sua alimentação, o alimento mais caracteristicamente Warí.

O fundamental é de certo modo redefinir ou, ao menos, relativizar o conceito de mudanças nas práticas alimentares. Mesmo em meio a importantes e visíveis inovações, que vão da inclusão de novos itens alimentares a modos de produção e distribuição, o pensamento nativo permanece atuando, trazendo sentido e orientando as práticas relacionadas à alimentação.

Mudanças nas práticas alimentares também foi assunto deste livro, no Capítulo 2.

Isso não minimiza a intensidade das mudanças e de seus impactos sobre os perfis de saúde de populações indígenas, mas chama a atenção para o fato de que, quando se desconsidera o caráter dinâmico da cultura e do pensamento nativo, ficam limitadas as possibilidades de compreensão dos processos de mudança. O profissional de saúde que lida com questões ligadas à alimentação e nutrição indígena precisa estar atento a esta riqueza de detalhes. Ignorá-la pode comprometer não apenas o entendimento da realidade local, mas também as possibilidades de superação ou atenuação dos possíveis efeitos negativos das modificações.

Como vimos, falar sobre alimentação indígena é falar sobre um tema caracterizado pela diversidade, como o são outras dimensões das vidas dos povos indígenas do país. Nesse panorama, contemplar toda a gama de situações existentes é impossível, na medida em que as dinâmicas locais determinam nuances que definem a especificidade de cada caso. Assim, julgamos mais adequado discutir alguns temas-chave para termos uma compreensão mais aprofundada dos aspectos envolvidos nessa diferenciação e da realidade alimentar e nutricional dos povos indígenas, ilustrando alguns dos processos descritos. Buscamos, desse modo, chamar a sua atenção para a importância de se considerarem as especificidades locais em seu trabalho cotidiano, de modo a concretizar uma atenção efetivamente diferenciada à saúde dessas populações.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Sistematize, em duas páginas, suas reflexões sobre:

a) As práticas alimentares do grupo com quem você trabalha;

b) A situação fundiária e os problemas existentes na área em que você atua;

c) A relação entre a situação fundiária e a produção e o acesso aos alimentos;

d) A disponibilidade de dados nutricionais e de morbimortalidade, enfocando a relação entre eles;

e) Os fatores que parecem afetar as condições de alimentação e nutrição da comunidade, e o modo como eles interferem.

Referências

ASPELIN, P., *External articulation and domestic production:* the artifact trade of the Mamaide of Northwestern Mato Grosso, Brazil. New York: Cornell University, 1975. (Latin American studies program dissertation series, n. 58).

ATHILA, A. R. *Arriscando corpos:* permeabilidade, alteridade e as formas da socialidade entre os Rikbaktsa (Macro-Jê) do Sudoeste Amazônico. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

AZEVEDO, M. Censos demográficos e "os índios": dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C. A. (Org.); RICARDO, F. (Org.). *Povos indígenas no Brasil, 1996/2000.* São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 79-83.

BRABO, E. S. et al. Níveis de mercúrio em peixes consumidos pela comunidade indígena Sai Cinza, na reserva Mundurukú, Município de Jacarecanga, Estado do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 325-331, 1999.

COIMBRA Jr. et al. *The xavante in transition:* health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil. Ann Arbor: Michigan University Press, 2002.

DIEHL, E. E. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil).* Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

DÓREA, J. G. Fish are central in the diet of Amazonian riparians: should we worry about their mercury concentrations? *Environmental Research,* v. 92, n. 3, p. 232-244, 2003.

______ et al. Hair mercury (signature of fish consumption) and risk of cardiovascular disease in Munduruku and Kayabi indians of Amazonia. *Environmental Research,* v. 97, n. 2, p. 209-219, 2005.

FAUSTO, C. *Inimigos fiéis:* história, guerra e xamanismo na Amazônia. São Paulo: EDUSP, 2001b.

FIGUEROA, A. *Segurança alimentar, povos indígenas e jovens cientistas.* Cuiabá, 21 jul. 2004. Texto base da exposição na mesa "Segurança Alimentar e questões antropológicas", na 56ª Reunião da SBPC. Mimeografado.

GRAHAM, L. *The always living: discourse and the male life cycle of the Xavánte Indians of Central Brazil.* Dissertation (Ph.D.) - The University of Texas, Austin, 1990.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313-322, 2001.

______. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003:* antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2006.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. O Xingu na mira da soja. São Paulo, out. 2003. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/esp/soja/4.shtm#solo>. Acesso em: 22 set. 2006.

LEITE, M. S. *Transformação e persistência:* antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Rio de janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

MAYBURY-LEWIS, D. Brazilian indianist policy: some lessons from the Shavante Project. In: MACDONALD JUNIOR., T. (Ed.) *Native peoples and economic development:* six case studies from Latin America. Cambridge: Cultural Survival, 1985. p. 75-86.

______. *A sociedade xavante.* Rio de Janeiro: F. Alves, 1984.

MELATTI, J. C. *Índios do Brasil.* São Paulo: Hucitec; Brasília: Ed. UnB, 1987.

MENEZES, C. *Missionários e índios em Mato Grosso (os Xavante da Reserva de São Marcos).* Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

RAMOS, A. R. *Sociedades indígenas.* São Paulo: Ática, 1986.

RICARDO , C. A. (Org.). *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000.* São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

SANTOS, E. C. O. et al. Avaliação dos níveis de exposição ao mercúrio entre índios Pakaanóva, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 199-206, 2003.

SANTOS, G. M. *Seara de homens e deuses:* uma etnografia dos modos de subsistência dos Enawene-Nawe. 2001. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SANTOS, R. V. et al. COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.); SANTOS, R. V. (Org.); ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 13-47.

SCHRÖDER, P. *Economia indígena:* situação atual e problemas relacionados a projetos indígenas de comercialização na Amazônia Legal. Recife: UFPE, 2003. 177 p.

SILVA, A. L. da. *Nomes e amigos:* da prática Xavante a uma reflexão sobre os Jê. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 1986.

SCHWEIGHOFER , T. R. F. *Segurança alimentar e nutricional em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil.* Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2006.

SENRA, K. V. *Gente é macaco de onça:* padrões de comestibilidade de animais nas terras baixas da América do Sul. 1996. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, O. B. Estudo constata situação precária do saneamento básico na Bacia do Xingu no Mato Grosso. *Notícias Socioambientais,* 29 set. 2005. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=2108>. Acesso em: 22 set. 2006.

______. Pesquisa aponta contaminação da água em um dos afluentes do rio Xingu. *Notícias Socioambientais,* 15 maio 2006. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=2252>. Acesso em: 22 set. 2006.

UNESCO. *Convention on the protection and promotion of the diversity of cultural expressions.* Paris, 2005.

8. Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil

Dulce Lopes Barboza Ribas
Maurício Soares Leite
Silvia Ângela Gugelmin

Neste capítulo iremos refletir sobre o perfil nutricional e alimentar dos povos indígenas no Brasil, os processos de mudanças socioeconômicas e ambientais e suas implicações sobre os perfis de saúde e nutrição. O texto aborda as transformações na vida, nas práticas alimentares e nos fatores associados como as alterações ambientais nas comunidades, as migrações, as novas demandas do contato com a sociedade envolvente e as principais implicações nutricionais resultantes das mudanças. Além do texto, serão apresentados casos ilustrativos, baseados em situações reais, com o intuito de convidá-lo a refletir sobre as condições de mudanças na alimentação e nutrição das populações indígenas.

Um retrato em movimento

Para compreender o que ocorre hoje com as populações indígenas do Brasil é preciso buscar explicações nas intensas transformações sociais sofridas ao longo dos anos.

Em consonância com a transição epidemiológica e demográfica, ocorrem mudanças nos padrões alimentares e nutricionais das populações indígenas, revelando a complexidade dos perfis de nutrição e de seus fatores determinantes, em que deficiências, excessos e inadequação alimentar coexistem. Estudos que fazem referência ao processo de determinação do perfil nutricional apontam para a complexa rede de determinantes, como as políticas públicas, o poder aquisitivo das famílias, a escolaridade, as condições de vida e moradia, a produção e o consumo, a utilização

Esse assunto já foi tratado resumidamente na Parte II, "Contexto epidemiológico e sociopolítico e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil" e no Capítulo 7, "Sociodiversidade, alimentação e nutrição indígena". Será aprofundado mais adiante.

biológica dos alimentos, a presença de doenças, o acesso aos serviços de saúde e os fatores genéticos (BATISTA FILHO; SHIRAIWA, 1989; MONTEIRO et al., 1995).

Há vários motivos para conhecermos o perfil nutricional de uma população, isto é, suas condições de alimentação e nutrição. Em primeiro lugar, porque pessoas que apresentam problemas nutricionais são mais vulneráveis a outros problemas de saúde. Em segundo lugar, o perfil nutricional de uma população reflete as suas condições de vida. Assim, quando se registram níveis elevados de morbidade ou onde as condições de saneamento são inadequadas, os problemas nutricionais acontecem mais freqüentemente. E justamente por que vêm passando por mudanças muito importantes no seu modo de viver, que representam situações de extrema gravidade social, as populações indígenas estão particularmente vulneráveis à ocorrência de problemas nutricionais.

Leia o depoimento de uma índia Boróro sobre as mudanças ocorridas nos costumes e nas atividades do grupo devido ao contato com os não-índios.

> Marigudu, quando dois chefes se encontravam, cumprimentava falando em bakaro. Cada um falava mais bonito e mais alto que o outro. Bakaro são nossas histórias, nossos costumes, coisa que vem de marigudu, logo do começo. Meu pai fazia assim, eu ficava perto e escutava, eu era pequena, mas muita coisa ficou. Eu lembro que quando uma mulher brigava com a outra falava alto tudo o que tinha, que sabia fazer. Falava que tinha Baku, kodo, pori, mobo, kodobo, mitigo, kadrabo, nonogo. Minha mãe vive brigando com a gente porque se a gente hoje fosse falar sobre nossas coisas hoje não ia ter nada pra falar. Se nós discutisse com a outra hoje ia falar assim: eu tenho batom, esmalte, sandália, relógio, tudo coisa de brareda [...] minha mãe me fala dessas coisas. Eu escuto porque é bom ter algum costume. Cada povo tem seu regime. Leonida Akiri Kurireudo, Boróro de Meruri, MT (CARVALHO, 2006).

Ainda que seja difícil "medir" exatamente o impacto das mudanças sociais e econômicas, seus efeitos têm sido descritos por alguns autores e parece evidente que, sob diversos aspectos, exercem influência sobre o estado nutricional das populações. Para os povos indígenas que sobreviveram às epidemias de doenças infecciosas e à desestruturação social geralmente observada nos primeiros anos após o contato, como mencionado na Parte I, "Povos indígenas e o processo saúde–doença", inevitavelmente ocorreram importantes mudanças. Assim, diversas dimensões da vida das populações nativas são usualmente modificadas de modo mais ou menos intenso, dependendo dos contextos locais.

Quando ocorrem migrações, as pressões sociais inerentes às mudanças e aos processos de restabelecimento tornam a população deslocada particularmente vulnerável aos riscos de adoecer em seu novo ambiente. É importante considerar nesse ponto que os grupos que se deslocam para áreas urbanas enfrentam riscos ambientais diferentes daqueles experimentados antes de migrar. Ademais, mudanças no ambiente físico e cultural podem alterar os padrões habituais de vida dos indivíduos.

Outra dimensão que se modifica no decorrer do processo de contato com a população não-indígena é o consumo alimentar. Aspectos singulares da transição nutricional são encontrados em cada comunidade ou região, mas elementos comuns convergem para uma dieta rica em gorduras (particularmente as de origem animal), açúcar e alimentos refinados, sendo reduzida em carboidratos complexos e fibras (VIEIRA FILHO, 1996; LEITE, 1998; RIBAS et al., 2001). Entre não-índios, alterações concomitantes na composição corporal, em particular o aumento da obesidade, estão associadas com o predomínio dessa dieta e com o declínio progressivo da atividade física dos indivíduos (MONTEIRO, 2000).

Agora vamos examinar em maior detalhe alguns mecanismos envolvidos nos processos de mudanças, que de algum modo se refletem nas condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas do país.

Alterações nas atividades produtivas e nas práticas alimentares

As práticas de subsistência vêm invariavelmente sofrendo transformações ao longo dos anos, decorrentes principalmente da instalação de novos regimes econômicos e da diminuição dos limites territoriais, o que leva muitos povos indígenas à situação de carência alimentar, espelhada em quadros de desnutrição, hipovitaminoses e anemias (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003).

Dificuldades relativas à produção de alimentos têm sido apontadas como responsáveis pelos problemas de escassez de alimentos registrados em diversas terras indígenas do país. Como apontado na Parte I deste livro, "Povos indígenas e o processo saúde–doença", a redução drástica dos territórios originalmente ocupados por esses povos, a delimitação de terras indígenas em áreas já degradadas, a perda da cobertura vegetal e a poluição ambiental em seu entorno são os principais fatores

apontados para a baixa produtividade. Há casos de áreas que, no passado, eram consideradas adequadas ao cultivo de diversas espécies e hoje são impróprias para o plantio de qualquer alimento, em razão do constante reuso do solo, à monocultura e pastagens. Relatos de idosos deixam clara a perda de variedades cultivadas no passado e que hoje são apenas lembranças. Apenas como exemplo, velhos Kayabí descrevem 18 tipos de amendoim que eram tradicionalmente cultivados em suas roças, enquanto nos dias atuais só se encontram sete tipos (PROGRAMA BIODIVERSIDADE BRASIL/ITÁLIA, 2006).

O problema da produção de alimentos em áreas indígenas possui ainda outros agravantes. Entre eles podemos mencionar a presença ilegal de posseiros em terras indígenas e a retirada ilegal de recursos das reservas por não-índios, como é o caso da atuação das madeireiras e de garimpeiros. Nesses casos, além dos conflitos entre índios e invasores, há a degradação ambiental que resulta dessas atividades: grandes áreas podem ficar comprometidas por décadas, sem que seja possível utilizá-las na produção de alimentos. Além disso, em muitos casos as populações indígenas são inicialmente expulsas de seus territórios e só conseguem retornar se for feita a demarcação de suas terras. Por vezes, o retorno acontece quando as áreas já foram intensamente desmatadas e exploradas, o que também significa solos empobrecidos e comprometimento da fauna e flora.

No capítulo anterior, analisamos a expulsão das populações indígenas de seus territórios e a demarcação de suas terras.

Para refletir

Em que medida os grupos que perderam suas terras têm comprometidas sua base econômica, a produção de alimentos e suas práticas alimentares?
Se você é profissional que trabalha com povos indígenas, como essa situação se evidencia nas comunidades em que você atua?

Além dos impactos na saúde da população, as alterações sociais, econômicas e culturais também trouxeram, em algumas comunidades, mudanças nas esferas de atuação da mulher. Coimbra Júnior e Garnelo (2003) exemplificam o impacto, no papel econômico da mulher e na complementaridade da divisão sexual de trabalho, decorrente da substituição da roça indígena (domínio feminino) pela monocultura cafeeira e pelo comércio de madeira (atividades sob o domínio masculino). Isso gerou uma perda significativa de espaço político e decisório da mulher na sociedade indígena.

No caso dos Guaraní-Kaiwá de Mato Grosso do Sul, desde que a economia deixou de ser auto-suficiente, tem sido um fato a saída dos homens da aldeia, principalmente para trabalhar nas usinas de álcool e nas novas

culturas de milho e arroz das fazendas da região. O que antes significava idas e voltas do homem à aldeia passou a ser uma situação de permanência, ou seja, o homem deseja ser um homem da cidade e não retorna mais para a aldeia; ao contrário das mulheres, que desejam ou necessitam ficar nas aldeias com a responsabilidade de manter o grupo familiar, assumir o papel de guardiãs da cultura, manter o trabalho com os animais domésticos e a roça familiar, atividades antes divididas com os homens. Isso produz transformações nas relações de gênero, na medida em que as mulheres se tornam as responsáveis pela cultura e identidade Guarani (GRUBITS; DARRAULT-HARRIS; PEDROSO, 2005).

Para refletir

Ocorreram mudanças no papel da mulher indígena na produção, coleta e preparo da alimentação da família nas comunidades em que você atua? Que relatos têm chegado a você? Em que essas mudanças interferem nas condições de alimentação e nutrição do grupo que você atende?

Esses exemplos mostram que, além da mudança no papel feminino, outras dimensões da organização social dos grupos indígenas também podem ser afetadas pelas transformações econômicas. As atividades com valor econômico passam então a ser mais valorizadas. No caso dos Kadiwéu, Baníwa, Warí e Suruí, atualmente a comercialização de artesanato e produtos do extrativismo de recursos naturais são atividades importantes para o sustento de suas famílias. O acesso a fontes regulares de renda, como salários, aposentadorias ou benefícios sociais, possibilita o acesso a alimentos; contudo, diante do aumento da aquisição e do consumo de produtos industrializados e das demais necessidades a serem atendidas com os recursos monetários disponíveis, o acesso a fontes de renda não garante a segurança alimentar ou mesmo a qualidade da alimentação.

As mudanças por que passam as populações indígenas também afetam sua alimentação, de modo geral, negativamente. Em muitas comunidades, é observado o empobrecimento dos hábitos alimentares, com o abandono de alimentos de uso tradicional e o aumento do consumo de produtos industrializados que geralmente possuem menor valor nutricional. Isso ocorre, geralmente, pela redução da diversidade alimentar, tornando a dieta cada vez mais monótona. Em geral, os alimentos adquiridos possuem em sua composição elevado teor de açúcar, gordura e sódio e, ao mesmo tempo, são pobres em fibras, proteínas, vitaminas e minerais (VIEIRA FILHO et al., 1997; LEITE, 1998; CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN, 2001; RIBAS et al., 2001).

O consumo de alimentos expressa situações reais de disponibilidade, assim como condições diferenciadas de inserção ou não das populações nos diferentes espaços e cenários sociais.

Quais são as repercussões dessas mudanças nos perfis de saúde e nutrição indígena?

Quando pensamos nas implicações de todas essas mudanças, verificamos que elas não estão relacionadas somente à ocorrência da desnutrição protéico-calórica, à anemia ferropriva ou às deficiências de vitaminas, mas também ao aumento dos casos de obesidade, hipertensão arterial e de diabetes tipo 2. Trata-se, portanto, de uma importante mudança do perfil de morbidades: às doenças infecciosas e parasitárias, que predominam no perfil de saúde das populações indígenas, somam-se agora, em proporção crescente, as doenças crônicas não-transmissíveis.

De modo geral, as pesquisas indicam uma redução nos níveis de atividade física, principalmente quando as práticas de subsistência são modificadas, sendo substituídas pelo trabalho remunerado ou outras formas de obtenção de renda (GUGELMIN; SANTOS, 2001). Com o acesso ao mercado regional, as populações indígenas passam a consumir alimentos como o açúcar refinado, a farinha de trigo e o arroz polido, que perdem grande parte de seus nutrientes durante o processo de industrialização. Refrigerantes, biscoitos, pães, balas e pirulitos também passam a ser utilizados com grande freqüência. Alimentos mais nutritivos são, em geral, mais caros e menos acessíveis a essas populações. A seguir destacamos um exemplo de como as mudanças nas práticas alimentares podem trazer implicações à saúde bucal, no caso dos Xavánte.

SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO XAVÁNTE

Uma conseqüência adicional das mudanças das práticas alimentares pode ser percebida na situação da saúde bucal ao longo do tempo. Dados epidemiológicos colhidos entre os Xavánte por Pimentel Barbosa, em 1962 (NEEL et al., 1964), mostram uma freqüência mínima de cárie no grupo: o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) era de 0,3 para a faixa etária de 13 a 19 anos e de 0,7 para a faixa de 20 a 34 anos (NEEL et al., 1964). Naquela época, o grupo mantinha uma dieta baseada na caça e coleta de frutos e raízes silvestres, complementada por milho, feijão e abóbora. Três décadas depois, Pose (1993), com base em dados coletados em 1991, identificou valores mais elevados de CPOD em praticamente todas as faixas etárias. Os valores de CPOD encontrados oscilaram entre 0,3 (6 a 12 anos) e 13,8 (45 anos ou mais). Para a faixa etária de 20 a 34 anos, o valor do CPOD aumentou 11 vezes (de 0,7 para 8,1) entre 1962 e 1991. Portanto, a comparação dos dados de Neel et al. (1964) e Pose (1993) evidencia uma marcada deterioração das condições ocorridas na dieta e hábitos alimentares experimentados pelos Xavánte. Tal tendência é confirmada pelos resultados derivados de outro inquérito realizado em 1997, na mesma comunidade, em que os valores de CPOD variaram de 1,1 (6 a12 anos) a 17,7 (45 anos ou mais) (ARANTES, 1998; ARANTES; SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2001).

À instabilidade na produção de alimentos somam-se ainda precárias condições sanitárias, o que contribui para as elevadas prevalências de doenças infecciosas e parasitárias que, de modo geral, caracterizam os perfis de saúde registrados entre essas populações (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 1994; ESCOBAR, 2001). A interação entre a desnutrição e as infecções é bem conhecida e pode ser traduzida da seguinte forma: de um lado, um indivíduo desnutrido encontra-se mais vulnerável à ocorrência de infecções e ainda acaba por apresentar um quadro clínico geralmente mais grave; de outro, durante episódios de doenças infecciosas, a capacidade de utilização de energia e nutrientes pelo organismo fica comprometida, o que por sua vez afeta negativamente o estado nutricional do doente. As crianças são particularmente vulneráveis aos efeitos dessa interação. Além disso, as evidências parecem apontar para um efeito multiplicativo desses fatores sobre a mortalidade infantil, em lugar da mera adição de seus reflexos (PELLETIER, 1994). Diante disso, fica clara a importância da contextualização dos dados alimentares e nutricionais nos perfis de morbimortalidade encontrados. Trata-se, no entanto, de um aspecto freqüentemente negligenciado na análise dos perfis de nutrição dos povos indígenas.

Perfil nutricional da população indígena brasileira

Desde a década de 1970 tem sido possível caracterizar e acompanhar o perfil de nutrição da população brasileira, graças à realização de grandes inquéritos nutricionais. Como foi mencionado na Parte II, nenhum desses inquéritos incluiu os povos indígenas do país como um segmento de análise específico. Além disso, o Siasi não permite retratar a dinâmica populacional de forma confiável e regular. Sua implantação e operacionalização não foram acompanhadas pela ampliação da capacidade de análise dos dados por parte dos profissionais de saúde, no nível local, e nem pela disponibilidade de informações sobre saúde para o planejamento, a execução e a avaliação de ações, ou seja, para a vigilância em saúde (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Em 1994, foi publicado o “Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil”, estudo que abrangeu cerca de 22,6% das terras indígenas identificadas pela Funai. Ficou constatado que cerca de 28,3% das comunidades apresentavam dificuldades para garantir, com segurança, um bom padrão alimentar e de saúde (VERDUN, 1994). Em continuidade

à pesquisa, em 1995, outro estudo foi divulgado, mostrando que problemas de sustentação alimentar eram uma realidade para um terço da população estudada (VERDUN, 1995). No entanto, não foram realizados inquéritos nutricionais propriamente ditos. Ambos os estudos basearam-se em informações obtidas por meio de formulários enviados às próprias comunidades ou ao Posto da Funai, o que pode ter ocasionado distorções na análise dos dados.

As principais fontes de dados sobre alimentação e nutrição indígena correspondem a pesquisas realizadas em diversas comunidades específicas. Essas pesquisas são, em sua maioria, estudos de caso, ou seja, trabalhos realizados com uma ou poucas comunidades, geralmente durante curtos períodos de tempo, e que na maior parte das vezes envolvem a coleta de dados antropométricos. É fácil imaginar, assim, que estudos feitos em uma ou poucas comunidades não chegam a representar toda a população indígena do país. De fato, os estudos apresentam uma grande heterogeneidade de perfis. Ainda assim, apesar das diferenças encontradas, observamos uma base comum, uma certa semelhança entre as realidades registradas.

Desse modo, embora ainda não haja um perfil único, uma descrição que corresponda de modo preciso ao conjunto dos povos indígenas do país, é possível descrever e discutir os aspectos mais freqüentes nos estudos disponíveis. Vale assinalar que, em sua maior parte, os estudos já realizados dizem respeito a grupos amazônicos, o que limita ainda mais as possibilidades de generalizações a partir dos resultados disponíveis.

Crianças menores de cinco anos

As crianças indígenas têm sido geralmente descritas como baixas e pouco pesadas para a sua idade, embora mantenham a proporcionalidade corporal (SANTOS, 1993). Em termos populacionais, essa descrição se traduz em prevalências elevadas ou moderadas de baixa estatura e de baixo peso para a idade, e em prevalências reduzidas de baixo peso para a idade (Tabela 1).

Entre os menores de cinco anos, a baixa estatura para a idade é observada em prevalências que vão de 10% a mais de 60%. O baixo peso para a idade é encontrado em freqüências também muito variáveis, indo de 5% a mais de 50%. Considerando-se que na Pesquisa de Orçamentos Familiares (BRASIL, 2006) a prevalência média de baixo peso para a

idade no país foi igual a 4,6%, fica evidente a gravidade do quadro encontrado em boa parte das comunidades. Ou seja: se em alguns estudos as prevalências assemelham-se às médias nacionais e/ou regionais, na maior parte dos casos elas são mais elevadas. Os resultados dos estudos em crianças menores de cinco anos indicam que a desnutrição infantil constitui um problema de proporções alarmantes, podendo iniciar-se na vida intra-uterina.

Tabela 1 – Perfil nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos, segundo déficits nutricionais para os índices peso para idade[1] e estatura para idade[2]

Fontes	Etnia	Ano de coleta	Déficits nutricionais %	
			P/I	E/I
Weiss (2003).	Enawenê-Nawê (MT)	1990	50,0	17,8
Martins e Menezes (1994).	Parakanã (PA)	1990	19,0	48,1
		1991	10,1	50,6
Morais et al. (2003).	Alto Xingu (MT)	1992	5,0	20,4
Alves, Morais e Fagundes Neto (2002).	Teréna (MS)	1996	5,5	20,7
Leite et al. (2006).	Xavánte (MT)	1997	16,5	31,7
Ribas et al. (2001).	Teréna (MS)	1999	8,0	16,0
Menegolla et al. (2006).	Kaingáng (RS)	2002	34,7	12,9
Leite (2007).	Warí (RO)	2003	52,5	62,7
Pícoli, Carandina e Ribas (2006).	Kaiwá & Guarani (MS)	2003	18,2	34,1
Fávaro (2006).	Teréna (MS)	2004	5,9	11,8

1 P/I ≤ -2 escores z.
2 E/I ≤ -2 escores z.

Escore z ajuda a entender onde um determinado valor individual se encontra em relação aos demais em uma distribuição. O escore padronizado indica em unidades de desvio-padrão o sentido e o grau com que um dado escore bruto (valor) se afasta da média da distribuição à qual pertence.
O escore z é calculado por meio da seguinte fórmula:

$$Z = \frac{\text{escore bruto (valor)} - \text{média}}{\text{desvio-padrão}}$$

A desnutrição infantil, que se expressa pelo baixo peso, pelo retardo no crescimento e desenvolvimento, pela maior vulnerabilidade às infecções e pelo maior risco para ocorrência futura de doenças crônicas não-transmissíveis, constitui um importante problema de saúde pública para a maioria dos grupos analisados. Esses estudos indicam prevalências moderadas a elevadas de déficits de estatura. Evidenciam, de um lado, a existência de condições distintas de uma região para outra e, de outro, a gravidade da situação indígena diante do quadro registrado em segmentos da sociedade não-indígena. Esses resultados confirmam a urgente necessidade de intensificar e melhorar a assistência à saúde de mães e crianças indígenas.

Para refletir
Qual é o perfil nutricional das crianças indígenas no Brasil?

O uso da população norte-americana (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 1977) como parâmetro de comparação para estudos com povos indígenas é visto com ressalvas por alguns pesquisadores, como demonstrou Santos (1993) em artigo de revisão sobre crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. Embora seja uma discussão ainda em curso na literatura, seu uso universal para a avaliação antropométrica infantil baseia-se nas evidências que apontam para o papel preponderante de fatores ambientais na determinação dos déficits antropométricos infantis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995) e garantem a comparabilidade dos estudos (SANTOS, 1993). Desde 2006, as curvas construídas pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) têm sido recomendadas para fins comparativos, independentemente da população a ser avaliada.

Este assunto será abordado com maior detalhamento no Capítulo 3, "Diagnóstico nutricional individual", do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, Volume 2.

Embora poucos estudos analisem a situação dos adolescentes indígenas, há indícios de que o ganho de peso inicia-se nesse grupo (GUGELMIN; SANTOS, 2001; LEITE et al., 2006; SAMPEI et al., 2007). A identificação precoce de casos é um passo fundamental para a prevenção do problema na idade adulta.

Para refletir
Diante do perfil nutricional das crianças indígenas, reflita sobre a situação e o perfil da população infantil não-indígena. Quais são as semelhanças e as diferenças entre elas?

Adultos

Estudos realizados com adultos indígenas apontam para a emergência da obesidade (especialmente entre as mulheres) e para as doenças correlatas, como diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, em contextos cujas alterações nos sistemas de subsistência e nos padrões de consumo alimentar aparecem como fatores determinantes (CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN, 2001; GUGELMIN; SANTOS, 2001; COIMBRA JÚNIOR; SANTOS; ESCOBAR, 2003; SAAD, 2005; LEITE et al., 2006).

O problema, embora de magnitude desconhecida no conjunto da população indígena, alcança prevalências preocupantes em comu-

nidades específicas. Diversos estudos se referem a casos de obesidade em etnias distintas das diversas regiões do país (Tabela 2). Alguns exemplos são os Guaraní-Mbyá (CARDOSO, MATTOS; KOIFMAN, 2001) no Rio de Janeiro, os Teréna em Mato Grosso do Sul (RIBAS et al., 2001), os Xavánte em Mato Grosso (GUGELMIN; SANTOS, 2001) e os Suruí em Rondônia (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 1996).

Tabela 2 – Perfil nutricional de adultos em estudos selecionados

Fontes	Etnia	Grupo etário (anos)	Ano de coleta	Sexo	Estado nutricional %		
					Baixo peso	Sobrepeso	Obesidade
Capelli e Koifman (2001).	Parkatêjê (PA)	≥ 20	1994	M	1,7	23,7	1,7
				F	5,0	50,0	12,5
Leite et al. (2006).	Xavánte (MT)	≥ 18	1997	M	0,0	47,8	19,5
				F	1,1	41,9	31,2
Gugelmin e Santos (2006).	Xavánte (MT)	≥ 20	1997/ 1998	M	1,5	41,6	24,6
				F	0,0	49,2	41,3
Cardoso, Mattos e Koifman (2001)	Guaraní-Mbyá (RJ)	15 -29	n.d.*	M	7,1	7,1	2,4
				F	3,1	18,8	6,2
		30 – 49		M	0,0	38,9	11,1
				F	0,0	46,2	0,0
		≥ 50		M	0,0	11,8	0,0
				F	8,3	33,4	8,3
Leite (2007).	Warí (RO)	≥ 20	2002	M	1,8	12,5	2,0
				F	7,1	1,8	0,0
Saad (2005).	Teréna (MS)	20 - 59,9	2003	M	1,0	42,7	11,6
				F	0,0	41,5	18,7
		≥ 60		M	33,3	19,1	14,3
				F	17,4	8,7	39,1

* n.d. – informação não disponível

O quadro que começa a se delinear em diversas etnias indígenas no país se assemelha àquele observado entre populações nativas de outras partes do mundo. A epidemia de obesidade e diabetes tipo 2 – resultado das mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida ocasionado pelo processo de contato com não-indígenas – atinge indígenas das Américas, Ásia, Austrália e do Pacífico (DIABETES..., 2006). Essas doenças aumentam os riscos de enfermidades renais e cardíacas e, segundo a reportagem,

> [...] em algumas comunidades, até 50% da população está afetada pelo problema [...] – A rápida transição cultural (em uma ou duas gerações), ocorrida em várias populações indígenas, para

> o sedentarismo e para hábitos alimentares ocidentais levará o diabetes a substituir as enfermidades infecciosas [...] – explicou o médico. O diabetes *mellitus* tipo 2 já afeta 50% dos adultos da Ilha Nauru (Pacífico Sul), 45% dos Sioux e Pima (EUA) e 30% dos habitantes das ilhas do estreito de Torres (norte da Austrália). A doença não existia nas ilhas do Pacífico antes da Segunda Guerra Mundial [...] (DIABETES..., 2006, p. 28).

O dado é preocupante na medida em que há evidências de que determinados grupos étnicos parecem ter maior vulnerabilidade à obesidade, quando comparado com outras populações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Os índios Pima (norte-americanos) parecem ter grande tendência de acúmulo de peso. Esse aumento da massa corporal se acentuou após modificarem drasticamente seu tradicional estilo de vida. Os Pima que residem no México exibem uma prevalência de diabetes *mellitus* em torno de 8%, enquanto os que migraram para o Arizona (EUA) apresentam prevalências em torno de 50%, oito vezes maior que a média nacional americana. Essas comunidades são geneticamente indistinguíveis, mas enquanto os Pima de Gila River (EUA) vivem em uma reserva delimitada e apresentam níveis de atividade baixos, os Pima mexicanos ainda se mantêm em pequenas fazendas e subsistem da agricultura, mantendo-se ativos e magros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

O registro de obesidade em contextos caracterizados por condições de alimentação e nutrição precárias, onde a desnutrição infantil é aparentemente paradoxal, não constitui um achado inédito na literatura. Sawaya (1997) discute a associação entre a obesidade e a pobreza, apresentando três hipóteses referenciadas na literatura, contudo sem haver consenso para aquela que melhor responde a questão. A primeira seria a de que as populações em situações de carência e escassez alimentar teriam susceptibilidade genética para uma rápida resposta insulínica ao estímulo da glicose, que favoreceria a capacidade de converter a glicose em gordura de reserva, conferindo uma vantagem de sobrevivência durante períodos de fome (*thrifty genotype* ou genótipo econômico). No entanto, as mudanças ambientais e sociais ocorridas ao longo da evolução humana, incluindo a substituição de uma dieta com baixa gordura e calorias por uma dieta altamente calórica e rica em gordura, tornaram a resposta insulínica inadequada. Dessa forma, em situações de abundância alimentar, os "genes ligados à obesidade" tornam-se deletérios ou não-protetores, levando ao ganho de peso excessivo. Uma segunda hipótese seria a de que a desnutrição energético-protéica intra-uterina, o baixo peso ao nascer

e a desnutrição nos primeiros anos de vida da criança poderiam estar associados com maior risco de diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e obesidade na vida adulta (teoria denominada *imprinting* metabólico). Os mecanismos envolvidos nesse processo ainda não estão completamente esclarecidos. Waterland & Garza (1999, p. 188) propõem possíveis explicações, dentre elas: alterações no número de células durante o desenvolvimento em virtude da deficiência ou excesso de nutrientes; diferenciação metabólica das células como expressão gênica basal ou induzida no período de desenvolvimento; variações induzidas na estrutura de órgãos durante o desenvolvimento do feto; alterações no hepatócito no período pós-natal que altera o metabolismo hepático na idade adulta. A terceira hipótese levantada discute a possibilidade de que, independentemente de fatores genéticos, a melhoria das condições de vida seria o fator preponderante para o excesso de peso na população. Essa melhoria estaria associada a fatores de alta ingestão calórica com redução da atividade física. Esta última relação tem sido apontada por outros estudos (SAWAYA, 1997; MONDINI; MONTEIRO, 2000).

Para refletir
Se você é profissional que trabalha com povos indígenas, há registros de sobrepeso ou obesidade em sua comunidade? Em sua opinião, em que medida os argumentos dos estudos apresentados aqui parecem explicar a ocorrência desses casos?

Idosos

Em relação aos idosos, observamos que são escassas as informações. Além das mudanças corporais e fisiológicas inerentes ao envelhecimento (redução da estatura e da massa magra, diminuição do número de papilas gustativas, entre outras), encontramos dificuldades adicionais para certos grupos indígenas. O desconhecimento da idade dos indivíduos, o idioma, a dependência funcional e/ou o comprometimento da saúde, a ausência de dentição, as relações simbólicas do processo de adoecer e morrer, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a exclusão do idoso do cotidiano da aldeia são desafios a serem superados pelos profissionais que atuam na saúde indígena.

Um problema comum encontrado entre os idosos é a deterioração das condições de saúde bucal, particularmente cáries e perdas dentárias. Entre os Xavánte, a partir dos 30 anos, não há casos de má oclusão

moderada ou severa, contudo ocorrem perdas dentárias com maior freqüência, o que pode influenciar no diagnóstico de oclusão (ARANTES; SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2001) e, conseqüentemente, no estado nutricional. Apesar da escassez de estudos, observamos que a desnutrição e o sobrepeso se mantêm como problemas para os idosos indígenas. Aproximadamente 3% dos idosos Makuxí, Wapixána, Taurepã, Ingarikó, Patamóna e Waiwái apresentaram baixo peso, chegando a 10% entre os idosos acima de 80 anos, enquanto a prevalência de sobrepeso foi de 34% (HURTADO GUERERRO et al., 2003).

Deficiência de micronutrientes

A anemia parece constituir, apesar da relativa escassez de estudos sobre o tema, um grave problema nutricional nas populações indígenas, sendo geralmente mais atingidas as crianças e as mulheres em idade reprodutiva. Estudo realizado entre os Tupi-Mondé indicou que cerca de 60% das crianças de 0,5 a 10 anos de idade e 65% da população geral estavam anêmicas (COIMBRA JÚNIOR, 1989; SANTOS, 1991). Entre os Xavánte de Sangradouro-Volta Grande, Leite (1998) reportou a ocorrência de anemia em 48,3% dos homens e 62,9% das mulheres. A prevalência variou significativamente com a idade, sendo mais elevada entre os menores de 10 anos (73,7%), entre os de 10 a 15 anos (63,6%) e nas mulheres de 20 a 40 anos (54,2%). Serafim (1997) detectou 69% de anemia nas crianças Guarani entre 0 a 65 meses, alcançando 82% naquelas entre 6 a 24 meses de idade.

Entre outras populações, a anemia na gravidez e no pós-parto apresenta distribuição universal, mas ocorre particularmente na ausência de adequada prevenção e tratamento, contribuindo substancialmente para o aumento da morbimortalidade materna e infantil. Os principais efeitos da anemia para a mulher estão representados pelo aumento da susceptibilidade às infecções, pelo agravamento de quadros mórbidos preexistentes ao ciclo gestacional e pela interrupção prematura da gravidez. Em relação à criança, destacam-se o retardo do crescimento intrauterino e conseqüências relacionadas à prematuridade, entre as quais se inscreve a anemia do recém-nascido (RONDO; TOMKINS, 1999).

A despeito do pequeno número de estudos que incluíram este componente, a ocorrência de anemia em populações indígenas parece estar associada a uma etiologia multicausal, em que se somam o consumo inadequado de micronutrientes, especialmente em faixas etárias caracterizadas pelo aumento das necessidades nutricionais, e a ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias. Nesse âmbito, chama a atenção a ocorrência de parasitos intestinais. A título de exemplo, é comum que mais de 50% da população esteja infectada, o que demonstra a precariedade das condições de saneamento e o grau de comprometimento das comunidades (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003).

Quanto a outras carências nutricionais, os estudos são ainda mais escassos. Não foram identificadas pesquisas sobre a ocorrência de hipovitaminose A entre os povos indígenas. Contudo, pode ser um problema comum em diversas etnias, dados os resultados de estudos de consumo alimentar, nos quais é verificado o baixo consumo de alimentos fontes de retinol, como o observado entre os Teréna (RIBAS et al., 2001).

Vieira Filho et al. (1997) relataram a ocorrência de beribéri entre os Xavánte, sendo associado a uma dieta baseada quase que exclusivamente em arroz beneficiado. Tal registro sinaliza para os graves impactos nutricionais que podem advir de mudanças na dieta de grupos indígenas, como a diminuição da diversidade alimentar.

Para refletir

Quais são as ações desenvolvidas para prevenir a ocorrência de problemas nutricionais em sua comunidade ou em seu distrito?

Comparação entre o perfil nutricional indígena com a população não-indígena

A comparação do perfil nutricional indígena com aquele registrado para o restante da população do país revela desigualdade marcante que, aliás, já se evidencia pela escassez de dados epidemiológicos para o segmento indígena. Se de um lado os problemas nutricionais encontrados são semelhantes para os dois grupos (por exemplo, desnutrição protéico-energética, anemia e obesidade), de outro lado eles assumem uma dimensão ainda mais expressiva entre as populações indígenas. Assim, as prevalências de desnutrição registradas são invariavelmente mais altas entre as crianças indígenas. No que se refere ao baixo peso

e à baixa altura para a idade, por exemplo, é notável que a situação encontrada hoje neste segmento muitas vezes está próxima ao que se observava no restante do país há décadas atrás, quando o perfil nutricional da população brasileira era significativamente mais grave do que o registrado atualmente (ESCOBAR et al., 2003).

Em termos mais objetivos, vale assinalar que a prevalência de baixo peso para a idade, observada entre os menores de cinco anos, chega a superar os 50% (LEITE, 2007), enquanto a média nacional registrada pela POF 2002-2003 (BRASIL, 2006) era de 4,6% para todo o país, percentual que se elevava a 5,8% no Nordeste rural. A magnitude dos diferenciais entre crianças indígenas e não-indígenas se mantém mesmo quando a comparação é feita com populações historicamente desfavorecidas: na Chamada Nutricional para o Semi-Árido, realizada em 2004 nos municípios que compreendem o semi-árido brasileiro, o baixo peso para a idade atinge em média 5,6% dos menores de cinco anos (BRASIL, 2005a).

Mesmo a obesidade, tendo surgido apenas recentemente entre os povos indígenas, apresenta, em alguns casos, índices muito mais elevados do que aqueles registrados no restante da população brasileira. Em 2002-2003, a POF registrava obesidade em 8,8% e 12,7% dos homens e mulheres não-indígenas, respectivamente (BRASIL, 2006). Entre os Xavánte, Gugelmin e Santos (2001) encontram 39,6% de obesos entre os adultos. Entre os Suruí, 11,9% dos homens e 24,5% das mulheres entre 20 e 50 anos foram diagnosticados como obesos, e 60% tinham algum grau de sobrepeso (LOURENÇO, 2006). Entre os Parkatêjê, esse percentual sobe para 68% (ARRUDA et al., 2003). Embora as prevalências variem entre as etnias e por vezes entre comunidades pertencentes ao mesmo grupo étnico, não são incomuns os achados de prevalências significativamente superiores às registradas para a população brasileira não-indígena, na qual a obesidade já alcança uma magnitude preocupante.

Os dados apresentados evidenciam uma distância importante entre os dois grupos no que se refere aos indicadores nutricionais. Embora varie a magnitude desses diferenciais, podemos afirmar que a situação nutricional do segmento da população indígena é invariavelmente pior.

Tendências gerais do perfil nutricional indígena

Diante da escassez de dados epidemiológicos para os povos indígenas no Brasil, não é possível descrever uma trajetória das suas condições nutricionais de modo semelhante ao que tem sido feito para a população não-indígena. Além disso, há, como vimos, uma notável diversidade de perfis. Chamam a atenção, contudo, a persistência de quadros carenciais importantes entre as crianças e o número crescente de casos de obesidade, agora não mais limitados ao segmento adulto das populações.

Entre não-indígenas, a tendência secular do estado nutricional da população infantil brasileira é de forte declínio da prevalência de déficits ponderais no intervalo de cerca de 14 anos que separa os inquéritos de 1974-1975 e de 1989 (de 16,6% para 7,1%), e declínio menos intenso, porém contínuo, nos intervalos de cerca de sete anos que separam os inquéritos subseqüentes (de 7,1% para 5,6% entre 1989 e 1996; e de 5,6% para 4,6% entre 1996 e 2002-2003) (BRASIL, 2006). A redução das prevalências de desnutrição infantil seria, além disso, acompanhada pelo aumento daquelas de obesidade entre adultos.

Os dados hoje disponíveis, contudo, não permitem que análises semelhantes sejam feitas para os povos indígenas. No entanto, é possível afirmar que, neste segmento, os casos de obesidade entre os adultos não parecem ser acompanhados por uma melhora do estado nutricional infantil, a julgar pelas elevadas prevalências de desnutrição observadas em estudos recentes. Em lugar disso, os problemas coexistem e o surgimento das doenças crônicas não-transmissíveis tem ocorrido em intensidade e rapidez surpreendentes.

Entre os adultos, no entanto, os dados chamam a atenção para o aumento do número de casos de obesidade, aparentemente quando ocorrem mudanças no estilo de vida das populações. E embora não se possa falar em um processo generalizado, esta parece constituir uma tendência consistente e preocupante. Além disso, um dado significativo diz respeito à distribuição etária dos casos. Embora as prevalências alcancem magnitudes por vezes alarmantes entre os adultos, já há registros de casos entre crianças e adolescentes (GUGELMIN; SANTOS, 2001; CARDOSO et al., 2003; LIMA, R. V., 2004; MEYERFREUND, 2006). Trata-se, portanto, de um problema a ser monitorado, particularmente nas comunidades onde há casos diagnosticados entre os adultos, ou mesmo entre os adolescentes.

SEGURANÇA ALIMENTAR

Pesquisadores de várias instituições brasileiras validaram um método para a avaliação da insegurança alimentar em população brasileira (Ebia), embasados em um instrumento utilizado pelo United States Department of Agriculture (Usda), tendo como referência a escala proposta por Radimer et al. (1992). O instrumento composto por 15 perguntas permite a avaliação da segurança alimentar intrafamiliar por meio da percepção do entrevistado. As questões incluem a preocupação e a ansiedade da família em relação à obtenção dos alimentos, perpassando pelo comprometimento da qualidade e quantidade da dieta de adultos e crianças, alcançando situações mais graves, com restrições quantitativas de alimentos para todos os membros da família (BICKEL et al., 2000).

Estudo realizado entre famílias Teréna (MS), com aplicação da Ebia adaptada para esta população, indicou que 75,5% apresentavam algum grau de insegurança alimentar, sendo 22,4% insegurança leve, 32,7% insegurança moderada e 20,4% insegurança grave. As famílias com insegurança moderada e grave foram aquelas cujos adultos e crianças passaram por restrições quanto à qualidade e quantidade da dieta. Grande parte das famílias convivia com o medo de ficar sem alimentos (67,3%). Um quarto das mulheres entrevistadas afirmou ter passado por situações de restrição quantitativa de alimentos no mês anterior à entrevista, e 14,3% apontaram que o mesmo ocorreu com as crianças da casa (FÁVARO, 2006). Uma pesquisa realizada anteriormente com os Bororo (MT) revelou um quadro igualmente preocupante, em que mais da metade das famílias analisadas apresentou algum grau de insegurança alimentar (CORRÊA, 2005).

Os dados que apresentamos apontam ainda para uma perspectiva preocupante no que se refere à segurança alimentar das populações indígenas no Brasil. Já de início, a escassez de dados epidemiológicos e demográficos por si só evidencia a posição marginal reservada a este segmento na sociedade brasileira (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000). E mesmo quando não se dispõe de dados diretos sobre a nutrição dos povos indígenas, a elevada freqüência das mudanças ambientais e socioeconômicas revelam um panorama amplamente favorável à ocorrência de problemas nutricionais no grupo. Diante do sofrimento e do elevado custo em termos de morbidade e mortalidade, fica evidente a necessidade de monitoramento das condições de alimentação e nutrição das populações indígenas.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Os textos a seguir foram construídos no formato de reportagens publicadas em jornais fictícios, tomando por base situações reais vivenciadas pelos povos indígenas brasileiros. Reflita sobre os casos e responda às questões sugeridas a seguir.

Mães garantem que dão alimentação às crianças

Matéria publicada no *Jornal do Céu*

Mães indígenas se sentem prejudicadas pelas informações veiculadas na imprensa de que estariam deixando de alimentar os filhos por questões culturais, contribuindo para o aumento do índice de desnutrição. Para os indígenas, o argumento utilizado por muitos profissionais serve como justificativa para esconder a precariedade das condições de vida e saúde das populações indígenas. A equipe de reportagem do Jornal do Céu visitou algumas aldeias e observou a preocupação das mães com a saúde das crianças, bem como verificou a presença de arroz, óleo de soja, sal e açúcar como únicos alimentos disponíveis na maioria das casas.

- O que você pensa sobre o argumento de que "as mães estariam deixando de alimentar seus filhos por questões culturais"?
- Como você analisa a situação em que os únicos alimentos disponíveis para a família são arroz, óleo de soja, sal e açúcar?
- Escolha um caso vivenciado em sua prática no qual a família tenha criança com desnutrição. Tente identificar os possíveis determinantes.

Causas das mortes infantis

Matéria publicada no *Jornal da Terra*

O Conselho Distrital de Saúde Indígena e os profissionais da saúde têm discutido as causas das mortes em crianças indígenas ocorridas nas últimas semanas. Profissionais da saúde relatam que enfrentam resistência das famílias para realizar o atendimento médico. A espiritualidade, a vergonha e dúvidas sobre os procedimentos adotados pelos profissionais são motivos que levam os indígenas a desistirem do tratamento; avalia o profissional de saúde: "Eles acreditam que uma doença como a desnutrição, por exemplo, é um feitiço e somente o rezador pode curar".

Para o Conselho, as equipes de saúde não estão preparadas para lidar com as questões místicas e culturais das comunidades. "É preciso se aproximar e conhecer a comunidade para ultrapassar a barreira cultural", declara o integrante do Conselho.

- Quais são as possíveis razões para as famílias indígenas não aceitarem o tratamento proposto pela equipe de saúde?
- Como membro da equipe de saúde, como você teria abordado esta situação?

Cestas básicas não resolvem o problema
Matéria publicada no *Jornal Estrela*

A fome que assola várias comunidades indígenas do país tem aumentado o número de mortes de crianças, vítimas da desnutrição e pneumonia. Embora os óbitos tenham ocorrido em diversas aldeias, as ações de combate à desnutrição estão focadas apenas em algumas delas, sendo a distribuição de cestas básicas a principal intervenção. Até agora, a questão fundiária vem sendo ignorada pelas autoridades e o assistencialismo é a prática eleita para a solução dos problemas. Segundo lideranças, a distribuição de cesta básica ameniza, mas não resolve o problema. É preciso um programa intersetorial que desenvolva ações estruturais, como a ampliação das terras indígenas.

- Comente as alternativas de enfrentamento dos problemas identificados na matéria publicada no Jornal Estrela.

Referências

ALVES, G. M. S.; MORAIS, M. B.; FAGUNDES-FILHO, U. Estado nutricional e teste de hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas Teréna. *Revista de Pediatria*, Porto Alegre, v. 78, n. 2, p.138-143, mar./abr. 2002.

ARANTES, R. Saúde bucal de uma comunidade indígena Xavante do Brasil Central: uma abordagem epidemiológica e bioantropológica. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

______; SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 375-378, 2001.

ARRUDA, H. O. et al. PSA e medidas antropométricas em índios da Amazônia: avaliação da comunidade Parkatejê. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 624-628, out. 2003.

BATISTA FILHO, M. Da fome a segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 872-873, jul./ago. 2003.

______; SHIRAIWA, T. Indicadores de saúde para um sistema de vigilância nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 105-116, 1989.

BICKEL, G. et al. *Measuring food security in the United States:* guide to measuring household food security. Alexandria: U.S. Department of Agriculture/Office of Analysis, Nutrition, and Evaluation, 2000.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Chamada nutricional:* um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Brasília, 2005. 116 p.

______. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa de orçamentos familiares (POF), 2002–2003:* antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

CAPELLI, J. C. S.; KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 433-437, 2001.

CARDOSO, A. M. et al. Prevalência de diabetes *mellitus* e da síndrome de resistência insulínica nos índios Guaraní do Estado do Rio de Janeiro. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. et al. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 169-185.

______; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 345-354, mar./abr. 2001.

CARTER, J. et al. Tribal differences in diabetes: prevalence among American Indians in New México. *Public Health Reports,* n. 104, p. 665-669, 1989.

CARVALHO, A. *O museu na aldeia:* comunicação e transculturalismo no diálogo museu e aldeia. Campo Grande: UCDB, 2006.

CASTRO, A. M.; PIRES, L. M.; FREITAS, M. C. S. Breves comentários sobre fome e segurança alimentar. In: BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Portal da fome e segurança alimentar.* Brasília, 2005. Disponível em: <http://www4.prossiga.br/fome/seguranca.html>. Acesso em: 15 jul 2006.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *From shifting cultivation to coffee farming:* the impact of change on the health and ecology of the Suruí in the Brazilian Amazon. 1989. Tese (Doutorado) – Department of Anthropology, Indiana University, Bloomington, 1989.

______; GARNELO, L. *Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil.* Porto Velho: CESIR; UFR, 2003. (Documento de trabalho n.7)

______; SANTOS, R. V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 538-562, out./dez. 1991.

CORRÊA, M. L. M. *Situação de alimentação e nutrição dos Bororo da terra indígena Perigara:* perspectivas de segurança alimentar. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2005.

DIABETES ameaça populações indígenas. *O Globo,* Rio de Janeiro, p. 28, 14 nov. 2006.

ESCOBAR, A. L. *Epidemiologia da tuberculose na população indígena Pakaánova (Wari'), Estado de Rondônia,* Brasil. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

______ et al. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* Recife, v. 3, n. 4, p. 457-461, out./dez. 2003.

FAGUNDES, U. et al. Avaliação do estado nutricional e da composição corporal das crianças índias do Alto Xingu e da etnia Ikpeng. *Jornal de Pediatria,* Porto Alegre, v. 80, n. 6, p. 483-489, nov./dez. 2004.

FÁVARO, T. R. *Segurança alimentar e nutricional em famílias indígenas Teréna,* Mato Grosso do Sul, Brasil. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2006.

GALEAZZI, M. A. M. A segurança alimentar e os problemas estruturais de acesso. In: GALEAZZI, M. A. M. (Org.). *Segurança alimentar e cidadania:* a contribuição das universidades paulistas. Campinas: Mercado de Letras, 1996. p. 133-156.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, I.; PEDROSO, M. Mulheres indígenas: poder e tradição. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 363-372, 2005.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313-322, 2001.

______; ______. Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1865-1872, 2006.

______; ______; LEITE, M. S. Crescimento físico de crianças indígenas xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. *Revista Chilena de Pediatria*, Santiago, v. 74, n. 5, set. 2003.

HURTADO GUERRERO, A. E. et al. Condição nutricional de um grupo de idosos indígenas no Distrito Sanitário leste de Roraima. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

LEITE, M. S. *Avaliação do estado nutricional da população Xavante de São José, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso.* Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

______. *Transformação e persistência:* antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Rio de janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

______ et al. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 265-276, fev. 2006.

______ et al. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavánte, Mato Grosso. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.); SANTOS, R. V. (Org.); ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 105-125.

LIMA, R. V. *Avaliação do estado nutricional da população indígena da comunidade Terra Preta, Novo Airão, Amazonas.* 2004. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Nacional de Saúde, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2004.

LOURENÇO, A. E. P. *Avaliação do estado nutricional em relação a aspectos socioeconômicos de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil.* Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MARTINS, S. J.; MENEZES, R. C. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-8, fev. 1994.

MENEGOLLA, I. A. et al. Estado nutricional e fatores associados a estatura de crianças da terra indígena Guarita, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 395-406, fev. 2006.

MEYERFREUND, D. *Estudo da hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovascular nas comunidades indígenas do Espírito Santo* – BR. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil:* a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 79-89.

MONTEIRO, C. A. (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil:* a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Nupens; USP, 2000.

______ et al. The nutrition transition in Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition,* n. 49, p. 105-113, 1995.

MORAIS, M. B. et al. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 a 1992 e evolução ponder-estatural entre o primeiro e o quarto ano de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 543-550, 2003.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Growth curves for children birth:* 18 years. Washington, D.C., 1977. (Vital and health statistics series 11, 165. DHEN Plub. 78-1650).

NEEL, J. V. et al. Studies on the Xavante indians of the Brazilian Mato Grosso. American. *Journal of Human Genetics,* v. 16, p. 52-140, 1964.

O GLOBO. Diabetes ameaça populações indígenas. O Globo (Rio de Janeiro), 14/11/2006, p. 28.

OLIVEIRA, J. E.; PEREIRA, L. M. Perícia antropológica, arqueológica e histórica da área reivindicada pelos Teréna para a ampliação dos limites da Terra Indígena Buriti, Municípios de Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, Mato Grosso do Sul, Brasil. Autos n. 2001.60.00.003866-3. 3ª Vara da 1ª Subseção Judiciária de Mato Grosso do Sul. Dourados, 2003. Mimeografado.

PELLETIER, D. L. The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research. *Journal of Nutrition,* v. 124, p. 2047S-2081S, 1994.

PÍCOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, jan. 2006.

POPKIN, B. M. et al. The nutrition transition in China: a cross-sectional analysis. *European Journal of Clinical Nutrition,* v. 47, p. 333-346, 1993.

POSE, S. B. Avaliação das condições de saúde oral dos índios Xavante, Brasil Central. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

PROGRAMA BIODIVERSIDADE BRASIL-ITÁLIA. *Projeto Krahô-Xingu:* contexto geográfico, natural e socioeconômico: descrição sintética da situação atual. [2006]. Disponível em:< http://www.pbbi.org.br/site/projetos/kraho xingu.php>. Acesso em: 15 jul. 2006.

RADIMER K. L. et al. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *Journal of Nutrition Education,* v. 24, p. 36-44, Jan./Feb. 1992. Suppl. 1.

RIBAS, D. L. B. et al. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 323-331, mar./abr. 2001.

RONDO, P. H.; TOMKINS, A. M. Maternal iron status and intrauterine growth retardation. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medical Hygiene,* London, v. 93, n. 4, p. 423-426, Jul./Aug. 1999.

SAAD, M. N. L. *Saúde e nutrição Teréna: sobrepeso e obesidade.* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2005.

SAMPEI, M. A. et al. Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001). *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1443-1453, jun. 2007.

SANTOS, R. V. *Coping with change in native amazonia:* a bioanthropological study of the gavião, suruí, and zoró, tupí-mondé speaking societies from brazil. 1991. Tese (Doutorado em Antropologia) - Indiana University, Bloomington, 1991.

______. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 9, p. 46-57, 1993. Suplemento 1.

______; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of southwestern Amazonia. *Current Anthropology,* v. 37, n. 5, p. 851-856, 1996.

______; ______. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.); SANTOS, R. V. (Org.); ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 13-47.

SAWAYA, D. L. Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição. São Paulo: Cortez, 1997.

SCHWEIGHOFER , T. R. F. *Segurança alimentar e nutricional em famílias indígenas Teréna,* Mato Grosso do Sul, Brasil. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2006.

SERAFIM, M. G. *Hábitos alimentares e nível de hemoglobina em crianças indígenas Guarani, menores de 5 anos, dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.* Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

SOUZA, L. G.; SANTOS, R. V. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (113-1997), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 355-365, mar./abr. 2001.

VERDUN, R. (Org.). *Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (I):* uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar. Brasília: INESC, 1994.

______ (Org.). *O mapa da fome entre os povos indígenas (II):* uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar sustentáveis. Brasília : Inesc/Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida; Rio de Janeiro : Peti; Salvador : Anai-BA, 1995.

VIEIRA FILHO, J. P. B. Emergência do diabetes melito tipo II entre os Xavántes. *Revista da Associação Médica Brasileira,* São Paulo, v. 42, p. 61, 1996.

______ et al. A hemoglobina glicosilada dos índios xavante. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo,* São Paulo, v. 28, p. 87-90, 1983.

______ et al. Polineuropatia nutricional entre os índios Xavante. *Revista da Associação Médica Brasileira,* São Paulo, v. 43, n. 1, p. 82-88, 1997.

WATERLAND, R. A.; GARZA, C. Potential mechanisms of metabolic imprinting that lead to chronic disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 69, p. 179-197, 1999.

WEISS, M. C. Contato interétnico, perfil saúde-doença e modelos de intervenção em saúde indígena: o caso enawenê-nawê, Mato Grosso. In: COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity:* preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1997.

______. *WHO child growth standards:* methods and development. Geneva, 2006. 336 p. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>. Acesso em: 4 jun. 2007.

9. Políticas públicas e intervenções nutricionais

Silvia Ângela Gugelmin

Na primeira parte deste livro, vimos que o Brasil é um país de grande dimensão territorial e populacional, com uma diversidade étnica importante. Compreender essa diversidade implica entender que qualquer proposta de intervenção em saúde e nutrição representa o envolvimento de um grande número de pessoas/instituições e a consideração das especificidades de cada região, de cada etnia e dos recursos disponíveis.

Neste capítulo, discutiremos os avanços e/ou retrocessos em relação à inclusão dos povos indígenas nas políticas públicas de alimentação e nutrição; analisaremos também algumas ações governamentais e da sociedade civil que têm sido realizadas para reduzir ou minimizar os problemas alimentares e nutricionais enfrentados por esses povos.

Essas são algumas das questões que merecem atenção no momento em que falamos sobre intervenção. Não temos, aqui, o interesse de propor uma ou outra ação, ou definir aquela mais apropriada. Nossa intenção é promover uma reflexão crítica sobre as intervenções alimentares e nutricionais atualmente desenvolvidas em comunidades indígenas. Nos próximos parágrafos, traremos exemplos e refletiremos sobre o significado dessas ações para os indígenas e o impacto dessas intervenções no âmbito da saúde e nutrição.

Para estas reflexões, é importante lembrar de todo o conhecimento construído ao longo das Partes I e II e dos capítulos anteriores desta Parte III, que trabalharam com os temas diversidade, políticas públicas, perfil epidemiológico e nutricional dos povos indígenas.

Para refletir
Quando nos remetemos à palavra intervenção, do que realmente estamos falando? Qual é a sua definição para "intervenção nutricional"?

O que é intervenção?

Existem diversas definições para a palavra intervenção. Segundo Ferreira (1986), intervenção tem sua origem no latim – *interventione,* que significa "interferência do poder central em qualquer unidade da federação" –, ou, ainda, ato do poder central destinado a impor medidas necessárias a manter a integridade da União, quando algum dos seus membros está submetido à anormalidade grave e que prejudique o funcionamento da federação. O verbo intervir – "meter-se de permeio; interpor a sua autoridade, ou os seus bons ofícios" – também denota imposição. É esse o significado que damos às nossas ações no serviço de saúde, nas políticas e nos programas implantados pelos municípios? Provavelmente não, pois esse significado político e jurídico do termo denota forte caráter impositivo e cerceador dos direitos do sujeito ou da comunidade.

Intervenção também é "ser ou estar presente; assistir". Essa definição está mais próxima à realidade dos serviços de saúde e à prática cotidiana de assistência a uma determinada população. Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p. 31), intervenção é o conjunto de meios (humanos, físicos, simbólicos e financeiros) organizados em um contexto e em um período específico, para produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática. Assim, o planejamento de uma intervenção ou de uma política pública precisa: identificar o problema e suas causas, selecionar a prioridade, estabelecer as metas e os programas e, dentro destes, as ações específicas para cada área de atuação, considerando os meios humanos e financeiros disponíveis. É preciso, então, coerência em sua formulação, compreensão dos determinantes e condicionantes do problema e utilização de instrumentos que possam reverter o evento, para que a intervenção seja efetiva (LINS, 2001).

Segundo Barreto et al. (2005, p. 43), o desenvolvimento e o sucesso de intervenções e políticas de saúde pública dependem da observação de elementos essenciais na sua concepção, dentre eles:

- O comportamento e o estilo de vida dos indivíduos e grupos sociais são largamente determinados pelo ambiente físico, socioeconômico e cultural;
- A informação por si só é um fator insuficiente para mudanças sustentáveis no estilo de vida e hábitos da população;

- ♦ Medidas de intervenção comunitárias para mudanças no estilo de vida e adoção de práticas mais saudáveis devem ser sustentáveis a longo prazo e incluir todos os grupos sociais e faixas etárias;
- ♦ Intervenções sustentáveis necessitam da parceria dos atores sociais e econômicos, locais e nacionais, que direta ou indiretamente determinam ou condicionam o modo de vida dos indivíduos e grupos em diversas idades, gêneros, ambientes e culturas.

Esses são alguns elementos a serem considerados no momento da elaboração de uma intervenção. Mas não são os únicos! A escolha de uma determinada ação de intervenção também é regida pelo problema identificado, recursos disponíveis, atores sociais envolvidos, apoio político e institucional, factibilidade técnica e operacional, adesão da comunidade, entre outros.

Os critérios para selecionar a ação a ser executada são abordados com maior aprofundamento na Parte II do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2.

Assim, consideramos que "intervenção" pode ser a adoção sistemática de ações de saúde, como o monitoramento do crescimento infantil, o uso dos sais de reidratação oral, a mudança na postura profissional, valendo-se de uma atitude de vigilância transformadora; a reorganização do serviço por meio da implantação do Sisvan; e até mesmo a execução de políticas de incentivo à produção agrícola, fortificação e suplementação alimentar, programas e/ou projetos de desenvolvimento direcionados para a modificação do problema identificado. Tomando as ações da atenção básica de saúde como exemplo, Jones, Steketee e Black (2003) identificaram o efeito positivo de intervenções simples e de baixo custo sobre a diminuição da mortalidade e da desnutrição em crianças menores de cinco anos de 42 países do mundo. Ações de promoção da saúde, como o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, poderiam evitar em torno de 13% das mortes na infância. Intervenções sob a forma de tratamento, como a terapia de reidratação oral e o uso de antibióticos, medicamentos para septicemia, pneumonia e malária, evitariam aproximadamente 15% e 17% das mortes, respectivamente. Os autores evidenciaram que intervenções com baixa tecnologia poderiam diminuir em até 63% as mortes infantis.

Atitude de vigilância é o uso da informação gerada rotineiramente não só para retroalimentar o Sisvan e subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, mas também para repensar a prática e qualificar a assistência prestada àqueles indivíduos que diariamente estão à procura de atendimento. É valorizar o estado nutricional do indivíduo e do coletivo, bem como o registro correto dos dados em planilhas, ratificando a importância da nutrição como coadjuvante das ações de intervenção no serviço.

No entanto, observamos que há mais serviços e mais qualidade para quem tem menor risco de saúde. As novas intervenções em saúde, principalmente tratamentos medicamentosos e equipamentos de diagnóstico, tendem a atingir inicialmente os mais ricos e, portanto, contribuem, em curto prazo, para aumentar as diferenças relativas entre pobres e ricos (EYLES; WOODS, 1986). Isso não é recente, Hart (1971, p. 412) já constatava essa situação na década de 1970, a qual definiu como a lei do cuidado inverso, ou seja, "a disponibilidade do cuidado médico de boa qualidade tende a variar inversamente com a necessidade da população assistida".

Para refletir
Se você é profissional que trabalha com povos indígenas, no seu local de trabalho foi ou é realizada alguma ação para melhorar a situação nutricional e de saúde da comunidade? Como a EMSI está envolvida nesta atividade? Você considera que esta ação atinge o objetivo para a qual foi planejada? Por quê? Quais são os principais fatores que dificultam a realização desta ação?

Ações e programas de intervenção nutricional para povos indígenas

As linhas de atuação das políticas e ações de alimentação e nutrição foram discutidas no Capítulo 5 deste livro.

De um modo geral, as políticas e os programas em alimentação e nutrição têm sido desenvolvidos sob quatro linhas de atuação:

- Produção alimentar;
- Processamento e fortificação de alimentos;
- Suplementação alimentar e de micronutrientes;
- Educação alimentar para mudanças.

Em relação às ações direcionadas aos povos indígenas nos deparamos com uma longa lista de projetos e programas de intervenção, que vão desde a distribuição de cestas de alimentos até a produção e comercialização de diversos produtos extrativistas, agrícolas e de artesanato. Schröder (2003) apresenta 39 projetos voltados para atividades de comercialização realizados em diversas partes do Brasil. Isso representa uma pequena parcela de todos aqueles já realizados ou em curso e de que se tem documentação. Identificamos que as iniciativas são inúmeras e mudam constantemente de acordo com o período histórico, o momento político, as parcerias realizadas com os municípios, universidades, organizações não-governamentais e agências de cooperação técnico-internacional, e com as próprias políticas aprovadas pelo governo.

É importante lembrar que cada iniciativa governamental e da sociedade civil traz consigo a posição ideológica da instituição proponente, a inserção política e o momento histórico em que foi ou é desenvolvida. Todas as intervenções carregam consigo intenções explícitas ou não, por isso encontramos diversas denominações, tais como projeto de desenvolvimento, de auto-sustentabilidade, de desenvolvimento comunitário, de desenvolvimento local, de transferência de renda, entre outros. Por exemplo, o conceito de sustentabilidade apresenta várias dimensões – ecológica, social e

econômica – que permitem interpretações e entendimentos distintos e, até mesmo, contraditórios, dependendo da posição política e ideológica de cada pessoa. Para os Shipibo, povo indígena da família lingüística Páno, que vivem no Peru, a sustentabilidade é algo sem sentido, está fora da realidade indígena, como observado na fala a seguir:

> [...] dizem de forma muito diplomática, inventando termos como "Desenvolvimento Sustentável" [...], pondo como alternativa para os povos indígenas somente o de conservar para sobreviver? Os temas são cada vez mais novos para nós, os povos indígenas, e as experiências de desenvolvimento econômico para os povos indígenas ainda não têm trazido resultados favoráveis [...]. Solucionaremos nossos problemas econômicos? Muitas vezes estas teorias são experiências realizadas para a obtenção de títulos acadêmicos no mundo ocidental. [...] [precisamos de] estudos de factibilidade que sejam economicamente rentáveis, que nos permitam sair da situação em que nos encontramos, necessitamos aproveitar os recursos de maneira equilibrada, garantindo uma economia indígena com acesso aos mercados competitivos, com produtos industrializados e transformados por nossas próprias comunidades (SHIPIBO, 2002, tradução dos autores).

É neste contexto que se inserem os projetos desenvolvimentistas da Funai implantados na década de 1970 no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, que visavam à garantia das terras para os índios, à diminuição das tensões existentes entre fazendeiros e índios e à "integração" das populações indígenas no mercado regional. Um exemplo claro e bem documentado do fracasso de uma intervenção com graves conseqüências sociais para os indígenas foi o projeto de rizicultura mecanizada desenvolvido entre os Xavánte no final da década de 1970. O projeto mostrou-se ineficiente, indo à falência em poucos anos (MAYBURY-LEWIS, 1985; MENEZES, 1984; SILVA, A. L. 1992). No entanto, levou a uma profunda dependência dos Xavánte em relação à Funai, gerando graves conseqüências sociais:

> [...] houve interferência na economia tradicional e nas condições nutricionais e de saúde em função da introdução de novas relações de trabalho, inclusive assalariada [...] e da ênfase na agricultura monocultora associada ao desmatamento [que diminuiu ainda mais as chances de caça e de coleta, fazendo com que a carne e vários itens da dieta tradicional fossem substituídos basicamente pelo arroz, ou seja, uma substituição de proteína animal ou vegetal por amido] (SILVA, A. L., 1992, p. 377).

Portanto, a imposição da monocultura comprometeu as bases da economia indígena, destruindo os recursos naturais, desarticulando aos poucos seus sistemas de auto-sustentação, sem gerar, no entanto, os alimentos necessários para a manutenção da comunidade.

Outro exemplo diz respeito às aldeias do Alto Rio Negro (AM), incluídas no programa de cestas básicas do governo de Fernando Henrique Cardoso na década de 1990 (RICARDO, 2003). Dentre os grupos beneficiados encontravam-se os Baniwa, exímios no manejo da mandioca brava e na fabricação de raladores de mandiocas feitos com madeira e pontas de quartzo, que receberam cestas contendo farinha branca fina e fubá de milho, produtos não consumidos pelo grupo. Para um grupo altamente qualificado no manejo da agrodiversidade local, a simples inclusão de dois produtos distintos de suas práticas alimentares poderiam ter resultado em um comprometimento ainda maior do estado nutricional e na organização social, reproduzindo relações de dependência tão comuns nesses casos. O extraordinário conhecimento do grupo sobre os recursos naturais e sua forma de exploração não foi considerados no desenvolvimento da ação (o que também é verificado em outros projetos e realidades. Você mesmo pode ter vivido ou presenciado uma situação semelhante!). No nosso exemplo, os Baniwa solicitaram que as doações fossem suspensas, em troca de um programa específico de implementos agrícolas e valorização de sua agrodiversidade. Esse relato demonstra claramente a distorção das ações governamentais na implementação de intervenções para minimizar ou reduzir os problemas alimentares e nutricionais entre os povos indígenas.

Os projetos de comercialização de frutas dos Apinayé, Canela, Krahô, Krikati, do Maranhão e Tocantins; da extração de babaçu entre os Mura; e da produção e comercialização de guaraná, entre os Sateré-Mawé, na Amazônia, são mais alguns exemplos de experiências malsucedidas (SCHRÖDER, 2003).

Para refletir

Você tem algum exemplo de projeto(s)/ação(ões) desenvolvidos(as) com comunidades indígenas ou na região em que você atua e que não deu (deram) certo? Por que o(s) projeto(s) não teve (tiveram) sucesso?

Podemos enumerar diversos motivos para o insucesso desses projetos. O fato de desconsiderar ou desconhecer as características do sistema alimentar, das economias indígenas e de suas relações com o território; a implementação de iniciativas planejadas "de fora para dentro", distantes da realidade

indígena, sem continuidade, impondo e mantendo a lógica do modelo ocidental de desenvolvimento, altamente dependente e destruidor do meio ambiente; intervenções realizadas com a participação indígena, mas sem observar aspectos da organização social e do conhecimento técnico do grupo, são alguns dos fatores relacionados ao fracasso das propostas implementadas. A história desses constantes fracassos parece não ter proporcionado o aprendizado necessário para uma avaliação crítica por parte dos proponentes. A atitude mais comum é culpar os próprios índios pelos fracassos, afirmando serem incapazes de cumprir o previsto (BRAND, 2001).

Nesse contexto de ações, vemos ainda a entrega de cestas de alimentos nas aldeias, seja pelo Programa Fome Zero do governo federal, seja por doações municipais e da sociedade civil, compostas de produtos que não respeitam os hábitos alimentares das comunidades indígenas, tais como enlatados, goiabada, farinha de milho, entre outros, e que, em certa medida, proporcionam o consumo de uma alimentação altamente calórica e rica em sódio. Esse também é o caso de algumas escolas indígenas onde o Pnae ainda é executado de forma centralizada, com a aquisição de alimentos industrializados de preparo fácil e rápido (formulados, enlatados, bolachas etc.).

Para refletir

Você considera que os alimentos fornecidos nas cestas solucionam os problemas alimentares e nutricionais existentes nas aldeias indígenas? Por quê?

Em sua maioria, as medidas citadas anteriormente são paliativas e emergenciais para situações de risco eminente e não solucionam as causas do problema, como a falta de terra para plantar, a dificuldade de acesso a alimentos de qualidade, condições inadequadas de saneamento etc. Com a implantação de políticas transitórias, corre-se o risco da descontinuidade das ações em decorrência de mudanças políticas e a situação da população atendida continuar a mesma.

Há que se mencionar ainda as políticas de transferência condicionadas de renda. O PBF (BRASIL, 2005b) tem cadastrado famílias indígenas, especialmente após a divulgação das mortes de crianças indígenas por causa da desnutrição no estado do Mato Grosso do Sul. O cadastramento tem sido feito pela Funai em certas regiões e pelas EMSI, em outras, de forma diferenciada do cadastramento da população em geral. O MDS e as prefeituras

Na Parte II deste livro, já analisamos a questão das políticas de transferência condicionadas de renda.

municipais estão adaptando as regras do cadastro às diferenças culturais e às circunstâncias específicas em que vivem esses povos. Por enquanto, não há registro do número de beneficiários indígenas cadastrados no PBF, pois antes de 2005 alguns municípios já cadastravam famílias indígenas que preenchessem os requisitos e se apresentassem em situação de vulnerabilidade social e biológica. Dessa forma, torna-se difícil avaliar o impacto da iniciativa. Além disso, a imensa diversidade dos povos indígenas pode gerar efeitos distintos de uma realidade para outra, o que torna as previsões ainda mais difíceis. Uma questão que devemos atentar diz respeito ao acirramento de possíveis relações conflituosas com a população regional, nos locais onde já existem confrontos, pois os não-índios podem crer que os indígenas estão novamente levando vantagens em detrimento das populações pobres da região (PROJETO..., 2004).

Dentre as políticas e programas de intervenção também identificamos iniciativas que deram certo ou caminham numa perspectiva promissora, com a participação efetiva das comunidades indígenas em todos os momentos (desde o planejamento até a execução das ações), e que mantêm a continuidade ou criaram bases sólidas de sustentação. São propostas coerentes com a realidade indígena.

Um exemplo a ser citado diz respeito ao projeto de reintrodução de sementes nativas entre a etnia Krahô, desenvolvido desde 1995 pelo Centro Nacional de Pesquisa de Recursos Genéticos e Biotecnologia (Cenargen), ligado à Embrapa. A primeira semente plantada em roça familiar foi o milho gigante e, em 1996, foram acrescentados o amendoim, a abóbora, a batata-doce, o inhame, a mandioca e o cará. Houve também a introdução de culturas não-tradicionais que poderiam dar certo na região e são facilmente adaptáveis aos hábitos e à cultura Krahô, como pupunha, coco e açaí. Recuperando a capacidade de produzir alimentos variados em suas terras, muitos dos rituais do grupo foram retomados. Além disso, o excedente no plantio tem sido vendido ao mercado regional e utilizado na merenda escolar. O maior problema desse projeto tem sido a polêmica sobre o uso de recursos genéticos para pesquisa e intercâmbio com entidades estrangeiras (BARBOZA; CRAVEIRO, 2004).

Uma das iniciativas governamentais implantadas em 2004 e que, em certas regiões, tem trazido resultados positivos para as comunidades indígenas é a Carteira de Projetos Fome Zero e Desenvolvimento Sustentável em Comunidades Indígenas, ou, simplesmente, Carteira Indígena. A ação é uma parceria estabelecida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

e Ministério do Meio Ambiente (MMA), que tem por objetivo promover a segurança alimentar e o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, respeitando sua autonomia e identidade cultural e preservando e recuperando o meio ambiente. Os ministérios apóiam e fomentam projetos voltados para produção de alimentos e artesanato, comercialização, atividades agroextrativistas e de revitalização de práticas e saberes tradicionais, que tenham sido elaborados pelas comunidades indígenas. Um desafio a ser superado nesse tipo de proposta é a capacitação dos índios em gestão pública.

Por sua vez, o Ministério da Saúde, representado pela Funasa, tem desenvolvido o Projeto Vigisus II, que tem como objetivo principal apoiar o processo de descentralização das atividades de vigilância em saúde e de reformas institucionais relacionadas ao sistema de saúde indígena. Dentre seus componentes estão: o fortalecimento das ações indígenas por meio da valorização e articulação institucional com as práticas tradicionais indígenas de saúde, o apoio a propostas de intervenção nas áreas de segurança alimentar e saúde mental, e o apoio técnico-financeiro às iniciativas comunitárias por meio de um fundo voltado ao financiamento de projetos apresentados pelas organizações indígenas e suas entidades representativas. O último subcomponente Iniciativas Comunitárias também exigia e ainda exige dos indígenas domínios de saberes relativos à gestão.

Uma tentativa para capacitar as lideranças indígenas em gestão de projetos tem sido desenvolvida no âmbito dos Projetos Demonstrativos dos Povos Indígenas (PDPI), vinculados ao MMA, à Secretaria de Coordenação da Amazônia e a agências de cooperação internacional. Estes órgãos oferecem oficinas que envolvem aspectos técnico-financeiros referentes à apresentação e prestação de contas, ajustes técnicos nos projetos, prazos e etapas das ações programadas (XAVANTE, 2006). No entanto, em julho de 2006, a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) apontava dificuldades estruturais e de gestão no Projeto, principalmente em razão da burocracia e da centralização financeira (COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS..., 2006).

O próximo destaque descreve a iniciativa do MEC para minimizar os problemas com a gestão dos recursos financeiros do Pnae e com o planejamento de cardápios que supram 15% das necessidades nutricionais diárias dos alunos e respeitem os hábitos alimentares e a vocação agrícola de cada lugar, preferindo alimentos *in natura* e semi-elaborados. Relata, ainda, algumas experiências bem-sucedidas na aquisição de alimentos para a merenda escolar indígena.

CARTILHA VAI ORIENTAR INDÍGENAS NA COMPRA DA MERENDA ESCOLAR

O Ministério da Educação anunciou que até julho de 2006 as escolas indígenas brasileiras devem receber uma cartilha com orientações sobre a compra de alimentos para as escolas e com relatos de experiências bem-sucedidas. O objetivo dessa iniciativa é respeitar e valorizar o cardápio tradicional de cada povo, gerar renda, dar autonomia aos povos e reduzir a entrada de produtos industrializados e de lixo nas aldeias. Além das orientações gerais, a cartilha também relata experiências de sucesso realizadas nas aldeias Ashaninka (Acre), Tapirapé e Xingu (Mato Grosso), Pataxó (Bahia) e Escola Tuyuka (Amazonas) e oferece um roteiro para a construção de projetos de aquisição de alimentos para as escolas.

Desde 2003, quando as escolas indígenas passaram a receber recurso financeiro do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), os povos indígenas vêm testando uma série de instrumentos e assumindo as tarefas e as responsabilidades de receber, aplicar e prestar contas dos recursos públicos referentes à alimentação escolar. Por exemplo, os Ashaninka, do município de Marechal Taumaturgo (AC), iniciaram com a compra de alimentos produzidos nas aldeias. Como os povos não têm excedente de produção o ano todo, eles adquirem frutas, carnes, milho e amendoim produzidos pelos indígenas e complementam com alimentos dos mercados municipais. Toda movimentação financeira é realizada por meio de uma cooperativa. Para os indígenas, um ganho imediato foi a redução do lixo: plástico, latas e papel das embalagens. Outro exemplo a citar foi a construção de um calendário agrícola para a escola, realizada pelos Pataxó do município de Coroa Vermelha (BA), fato que melhorou a autonomia na aquisição dos alimentos e privilegiou o consumo de peixes, mandioca, inhame, mel e cará, alimentos tradicionais do grupo.

Fonte: Lorenzoni (2006).

Iniciativas voltadas para a área da saúde também têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde, tais como Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), suplementação medicamentosa de ferro para crianças de 6 a 24 meses na região Nordeste, suplementação medicamentosa de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses, implantação do Sisvan nos distritos sanitários, reorganização dos serviços na perspectiva da promoção da saúde, humanização do atendimento, entre outras. Essas ações são em sua maioria incorporadas à rotina diária da atenção básica e conseguem diminuir diversos problemas de saúde, reduzindo a mortalidade infantil (JONES; STEKETEE; BLACK, 2003).

Políticas públicas de alimentação e nutrição e os povos indígenas

Antes de descrever, em termos gerais, a inserção dos povos indígenas nas políticas públicas de alimentação e nutrição, é importante lembrar dois conceitos fundamentais no desenho dessas políticas: a intersetorialidade e a diversidade.

A Pnan, aprovada pelo Ministério da Saúde em 1999 (BRASIL, 2003), e o Sisan (BRASIL, 2006) reconhecem a **intersetorialidade** como um pilar fundamental para toda e qualquer ação associada à alimentação e nutrição. Contudo, ainda nota-se que é bastante frágil a incorporação da intersetorialidade nas políticas de segurança alimentar e nutricional. Há um longo caminho a percorrer na construção dessa intersetorialidade, pois encontramos diferentes formas de apoio e de rejeição, como também disputas em torno de sua execução. O Estado e a sociedade civil precisam construir espaços de articulação e coordenação das ações, espaços para debater enfoques e prioridades, formar parcerias e garantir recursos para essas ações.

Apresentamos o conceito de intersetorialidade no Capítulo 3 deste livro.

Outro aspecto, que somente nos últimos anos tem sido considerado no planejamento de programas e ações sociais, diz respeito à diversidade étnica brasileira. Ao nos debruçarmos sobre a Pnan, observamos que ainda não foi incorporada a menção dos povos indígenas ou ações específicas para as diversas etnias existentes no país. Em relação à Lei n. 11.346, que institui o Sisan, o tema **diversidade** étnica parece estar subentendido no artigo segundo, parágrafo primeiro: "A adoção dessas políticas e ações deverá levar em conta as dimensões ambientais, culturais, econômicas, regionais e sociais" (BRASIL, 2006).

A diversidade étnica brasileira foi amplamente abordada neste livro, nos Capítulos 1 e 7.

Para refletir
Qual é o enfoque dado para os povos indígenas nas políticas públicas de alimentação e nutrição?

De um modo geral, as políticas públicas de alimentação e nutrição e os seus desdobramentos – tais como programas, projetos, sistemas de informação – implantados no Brasil ainda não conseguiram alcançar essas dimensões e, por conseguinte, têm apresentado dificuldades de atingir os resultados esperados, quando o enfoque é para os povos indígenas. As respostas a esse desafio não são claras e nem consensuais, pois dependem

de muitos fatores, e as regras que regem as decisões, a elaboração e a implementação de uma política pública passam por disputas, conflitos e arenas políticas diferenciadas (SOUZA, 2006).

A segurança alimentar foi amplamente abordada neste livro, no Capítulo 5 e a vigilância alimentar no Capítulo 6.

Quando o foco muda para as políticas públicas específicas, podemos observar que, por exemplo, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas já indicava o combate à fome e à desnutrição e a implantação de programas de segurança alimentar como estratégias para a execução da diretriz "Promoção de ações específicas em situações especiais". O mesmo acontece nos movimentos da sociedade civil, incluindo as organizações não-governamentais e indígenas, em que os debates sobre a segurança alimentar e nutricional, o desenvolvimento sustentável e a vigilância nutricional já vêm ocorrendo há algum tempo.

Desenvolvimento sustentável é um conceito ocidental relativamente recente que permite interpretações e entendimentos diferentes e até contraditórios. Ele tem várias dimensões (ecológica, econômica, social, tecnológica etc.), mas geralmente se considera apenas uma, dependendo da posição social e política dos proponentes (SCHRÖDER, 2003). A definição mais utilizada surgiu no relatório da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMAD) de 1987: "Desenvolvimento que vai ao encontro das necessidades do presente sem comprometer a habilidade das futuras gerações de satisfazer suas necessidades".

Um dos eixos temáticos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em maio de 2001, foi a segurança alimentar, como já vimos no Capítulo 3. No relatório final, constavam diversas propostas de atuação governamental, dentre elas: demarcação das terras indígenas, recuperação do meio ambiente, auto-sustentação alimentar e formulação de uma política de segurança alimentar.

Na busca de soluções para a insegurança alimentar dos povos indígenas, a Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGPAN/MS) construiu, de forma coletiva, uma proposta de portaria lançando o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas (PPACI), em 2001. A proposta inicial contemplava a produção de alimentos e, em situações emergenciais, a aquisição de alimentos, ações definidas local e coletivamente. No entanto, no ato de sua publicação, observou-se mudanças substanciais. A portaria foi aprovada sob os moldes do PBA, com o repasse financeiro direto ao indivíduo, no caso a mulher; contrariando não só a construção coletiva da proposta, como também a lógica da organização social de muitos povos indígenas (FIGUEROA, 2004). Esta portaria foi revogada com a implantação do programa Bolsa Família e do projeto VIGISUS II na Funasa.

Neste mesmo período (2001-2002), a Cisi também se mobilizou e propôs o 1º Seminário Nacional de Auto-Sustentação Alimentar e Etnodesenvolvimento dos Povos Indígenas, a fim de apresentar às lideranças as disponibilidades em termos de recursos técnicos, financeiros e logísticos para apoiá-las na elaboração de uma proposta de política de auto-sustentação

e desenvolvimento. Este evento ocorreu nos dias 7 e 8 de novembro de 2002, em Brasília, e aprovou a proposta de realização de 17 oficinas regionais para identificar o que as comunidades pensavam sobre o assunto e quais seriam suas propostas para reduzir os problemas de sustentação alimentar. A finalização do processo de consulta nacional aconteceu em novembro de 2003, quando 85 lideranças indígenas apresentaram às autoridades governamentais as diretrizes e bases para a elaboração de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil. Dentre as diretrizes encontrava-se a seguinte:

> Mostra-se necessário a realização de um processo permanente de compilação, análise e distribuição das informações para a manutenção de um conhecimento atualizado do estado nutricional dos povos indígenas, identificando mudanças, causas e tendências, a fim de predizer possíveis variações e decidir oportunamente as ações preventivas ou corretivas indispensáveis que cada caso demande. Para tanto, deve-se priorizar a implantação de um sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para formação de uma base de dados da condição nutricional em cada região, através de parcerias entre as comunidades e instituições responsáveis pelo atendimento à saúde. Deve-se prever capacitação para os agentes indígenas de saúde e os profissionais de nível superior ligados ao sistema em utilização e leitura dos instrumentos, interpretação das medições, além de noções de nutrição e composição de alimentos (FÓRUM NACIONAL..., 2003).

O eixo Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável também foi discutido na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em março de 2006. Nas propostas finais estavam a formulação e a implantação da política de vigilância nutricional para povos indígenas, pesquisas e diagnósticos; a adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda; a formulação e implantação de uma PNSAN para povos indígenas; e a execução de ações estruturais de combate à desnutrição, incentivando o desenvolvimento de projetos na área de produção de alimentos.

O Capítulo 3 deste livro traz uma tabela e a discussão sobre os diversos temas abordados nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

Também em 2006 o governo alterou a denominação e as competências da Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais, criada em 2004, passando a denominá-la de Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. O principal objetivo dessa comissão é desenvolver uma política nacional que estabeleça eixos comuns, sem deixar de inserir o recorte específico desses grupos nas políticas universalizantes do governo federal.

Concomitantemente, no Consea e nas conferências nacionais de segurança alimentar, os povos indígenas têm sido representados por lideranças que apresentam demandas sobre o acesso e a demarcação das terras, programa de desenvolvimento socioambiental, biodiversidade, propriedade intelectual e conhecimento tradicional, acesso e uso de recursos naturais, monitoração da situação alimentar e nutricional e participação nas instâncias de controle social, dentre outras. Parece haver nesse âmbito um reconhecimento da necessidade de incorporar a diversidade étnica nas discussões e nas propostas de políticas públicas. No entanto, as leis aprovadas, em sua maioria, não abordam a questão da diversidade étnica existente no país.

Para refletir

Como tem acontecido a participação dos indígenas nos fóruns de discussão em sua cidade/estado?

Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, converse com um representante da comunidade e identifique o conceito de segurança alimentar e as necessidades na área de alimentação e nutrição para o grupo.

Um desafio a ser superado na construção de políticas públicas mais flexíveis, no que diz respeito ao trato da diversidade de povos indígenas e dos ambientes por eles ocupados, é a escassez de informações sobre saúde e nutrição desses povos (RICARDO, 2003). Apesar da existência de diversos sistemas de informações, dentre eles o Siasi, gerido pela Funasa, estes não geram dados confiáveis sobre a morbimortalidade. Análises na consistência do Siasi têm evidenciado sérios problemas quanto ao preenchimento dos instrumentos, à digitação, à construção dos indicadores, à não-atualização do cadastro, à inoperância em nível central, o que provoca discursos inconsistentes por parte da Funasa (SOUZA; CAMARGO; SANTOS, 2006; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). A própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas já indicava, em 2002, que o alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 10).

Além disso, como mencionado no capítulo anterior, "Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil", nunca houve um inquérito nutricional e alimentar indígena de abrangência nacional. Todos os inquéritos realizados no Brasil, por exemplo, o Endef realizado em 1975, a PNSN desenvolvida em 1989, a PNDS de 1996, e a POF que aconteceu em 2003-2004, não

contemplaram os povos indígenas como segmento de análise. Os dados de que dispomos sobre a situação alimentar dos povos indígenas presentes no território nacional são de 1995, do *Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil* (INSTITUTO DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS, 1995), os quais revelaram dificuldades sazonais ou permanentes na obtenção de alimentos para uma grande parte da população estudada. Este contexto propicia uma invisibilidade demográfica e epidemiológica para esses povos, que, ao final, reflete a enorme exclusão social em que eles vivem e a ineficácia das políticas públicas. A fim de reduzir a escassez de informações, o Departamento de Saúde Indígena/Funasa juntamente com o Ministério de Desenvolvimento Social lançaram uma proposta para a realização de um inquérito nutricional para os povos indígenas brasileiros em 2005. Algumas etapas relacionadas ao desenho do estudo, edital de convocação, apresentação de carta de intenção por parte das instituições de pesquisa aconteceram, mas até o momento o inquérito não saiu dos trâmites burocráticos.

Apesar das enormes dificuldades e da falta de continuidade das políticas e dos programas, muitas comunidades indígenas conquistaram espaço, seja por mobilização em suas próprias organizações, seja pela participação ativa nos fóruns e instituições políticas. Por conseguinte, tais comunidades conseguiram alguns avanços em áreas como a da saúde e da economia indígena (BARBOZA; CRAVEIRO, 2004).

No entanto, até o momento nenhuma das ações e políticas de alimentação e nutrição desenvolvidas para os povos indígenas foram avaliadas em sua eficácia e impacto. Consideramos esta tarefa urgente e de extrema importância. Ao mesmo tempo concordamos com a idéia de Carvalho et al. (2004), que recomendam abordagens inovadoras e complexas para a avaliação de ações e programas que provocam mudanças em um determinado contexto social. A utilização da abordagem qualitativa para a compreensão dos significados, percepções e aspectos culturais envolvidos nas mudanças socioeconômicas e de saúde é essencial para uma avaliação ampla dos efeitos que cada proposta aqui mencionada traz ou já trouxe. Em síntese, podemos dizer que ainda faltam:

- Integração de esforços entre os setores e instâncias do governo em seus distintos níveis (intersetorialidade) para garantir que os recursos cheguem realmente à população (focalização), otimizando sua utilização;
- Capacitação das pessoas em SAN e VAN;
- Mecanismos de avaliação permanentes durante ações e programas;

- Inserção efetiva da sociodiversidade nas políticas públicas e propostas de intervenção para populações indígenas;
- Garantia de participação das comunidades indígenas na elaboração de ações com o intuito de propiciar o sucesso das propostas.

É neste emaranhado de ações, é nesta teia complexa, que os profissionais de saúde trabalham e precisam agir. É importante conhecer a realidade para construir uma análise crítica diante do que ocorre, mas não podemos esquecer que fazemos parte desse processo e temos um papel a exercer como profissionais de saúde, em cada nível de assistência prestada. Desenvolver os protocolos para saúde da criança, da mulher e do adulto recomendados pelo Ministério da Saúde, considerando as adaptações necessárias; incentivar a participação indígena nos fóruns de debate; executar as ações básicas de saúde; buscar parcerias com outras instituições com experiência na área; articular ações desenvolvidas pelas diversas entidades civis; desenvolver a atitude de vigilância em seu serviço são ações que estão sob nossa gerência, são compromissos fundamentais da assistência prestada à população.

Nesse capítulo, abordamos a variedade de intervenções realizadas no âmbito da alimentação e nutrição indígena. Podemos dizer que houve avanços na discussão da Segurança Alimentar por parte das lideranças indígenas e da sociedade civil, na perspectiva da intersetorialidade das propostas governamentais (apesar do enorme caminho a trilhar) e na normatização de instrumentos legais para a saúde indígena.

A preocupação com a diversidade deve estar associada a um esforço de incorporar às políticas os segmentos tradicionalmente excluídos. Os benefícios das políticas e dos programas poucas vezes chegam até aqueles que realmente necessitam, falta a focalização. A adoção de ações que combatam de frente as desigualdades é certamente recomendável. Entretanto, o risco de se optar pela adoção de políticas e programas de intervenção emergenciais, e muitas vezes assistencialistas, como forma de combater as desigualdades é preocupante. Embora se reconheça a necessidade de políticas e programas assistenciais de caráter transitório, para enfrentar os problemas urgentes e emergentes, o governo e a sociedade civil não podem assumi-los como único meio para combater os problemas. É preciso estabelecer outras iniciativas de cunho transformador e emancipatório, que realmente modifiquem as condições de vida dos sujeitos.

É nesse contexto que se insere a atitude de vigilância tão valorizada no Sisvan. Ela é uma ação efetiva de monitoração do estado nutricional dos indígenas e de reorganização dos serviços de saúde. São ações simples que podem trazer grandes mudanças ao perfil de saúde e nutrição dessas comunidades.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

1. Leia a Pnan (BRASIL, 2003) e a lei que instituiu o Sisan (BRASIL, 2006) e verifique em que eixos os povos indígenas deveriam ser contemplados. Justifique suas opções.

2. Selecione um projeto direcionado à produção de alimentos ou ao desenvolvimento da comunidade e que já tenha sido realizado ou vem sendo implementado junto à população com a qual você trabalha. Em seguida, procure obter os seguintes dados sobre esse projeto, para compor um relatório:

a) Em que medida os objetivos previstos foram ou estão sendo alcançados;

b) De que forma a população local participou ou tem participado do projeto, isto é, no delineamento, desenvolvimento e avaliação;

c) Que dificuldades foram ou estão sendo encontradas pelos gestores do projeto;

d) O que a população pensa sobre o projeto.

Após refletir sobre os dados obtidos, responda: você acha possível encontrar visões distintas sobre uma mesma iniciativa? Por quê?

Referências

BARBOZA, H. B. (Org.); CRAVEIRO, S. (Org.). *Na trilha da cidadania:* iniciativas para a promoção dos direitos das comunidades indígenas. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2004. 212 p.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde da Organização Mundial de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BRAND, A. Desenvolvimento local em comunidades indígenas no Mato Grosso do Sul: a construção de alternativas. *Interações:* revista internacional de desenvolvimento local, v. 1, n. 2, p. 59-68, 2001.

BRASIL. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 18 set. 2006. Disponível em: <http://www.abrandh.org.br/downloads/ losanfinal/15092006.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2007.

______. ______. *Política nacional de alimentação e nutrição.* 2. ed. rev. Brasília, 2003. 48 p. (Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/pnan.pdf.>. Acesso em: 10 dez. 2006.

______. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Programa Bolsa Família.* Informe PBF: gestores, Brasília, n. 23, 24 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/InformeBolsaFamilia_Edicao23.htm>. Acesso em: 10 dez. 2006.

CARVALHO, A. I. et al. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.

COMISSÃO Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. 11 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.cedefes.org.br/new/index.php? conteudo=materias/ in dex&secao=5&tema=25&materia=2952>. Acesso em: 12 dez. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA. *Coiab quer que Ministério do Meio Ambiente resolva dificuldades estruturais e de gestão do PDPI, com encaminhamentos que efetivamente reforcem o Projeto.* Manaus, 2006. Disponível em: <http://www.coiab.com.br/jornal.php?id=415>. Acesso em: 12 dez. 2006.

EYLES, J.; WOODS, K. Who cares what care?: an inverse interest law? *Social Science and Medicine*, v. 23, n. 10, p. 1087-1092, 1986.

FERREIRA, A. B. H. (Org.). *Novo dicionário da língua portuguesa.* 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEROA, A. *Segurança alimentar, povos indígenas e jovens cientistas.* Cuiabá, 21 jul. 2004. Texto base da exposição na mesa "Segurança Alimentar e questões antropológicas", na 56ª Reunião da SBPC. Mimeografado.

FÓRUM NACIONAL PARA ELABORAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2003, Sobradinho, DF. *Documento final.* Brasília, 2003. Mimeografado.

HART, J. T. The inverse care law. *Lancet,* v. 27, p. 405-412, 1971.

INSTITUTO DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. *O mapa da fome entre os povos indígenas do Brasil* (I): contribuições para o debate contra a fome. Brasília, 1995.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Nordeste amazônico:* programa indígena de desenvolvimento sustentável. São Paulo, set. 2002. Disponível em: <http://socioambiental.org/pib/epi/nwam/aspectos.shtm>. Acesso em: 12 dez. 2006.

JONES, G.; STEKETEE, R. W.; BLACK, R. E. et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet,* v. 362, p. 65-71, 2003.

LINS, A. M. A avaliação de intervenções sociais como potencial instrumento de construção do conhecimento. *Interface:* comunicação, saúde, educação, p.175-180, 2001. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista8/espaco3.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2006.

LORENZONI, I. *Cartilha vai orientar indígenas na compra da merenda escolar.* 6 fev. 2006. Disponível em: <http://diversidade.mec.gov.br/sdm/objeto/noticias/imprimir.wsp?tmp.noticia=61>. Acesso em: 20 nov. 2006.

MAYBURY-LEWIS, D. Brazilian indianist policy: some lessons from the Shavante Project. In: MACDONALD JUNIOR, T. (Ed.) *Native peoples and economic development:* six case studies from Latin America. Cambridge: Cultural Survival, 1985. p. 75-86.

MENEZES, C. *Missionários e índios em Mato Grosso (os Xavante da Reserva de São Marcos).* Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

NUNES, A. et al. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil:* uma proposta de monitoramento. Brasília: Opas; IPEA, 2001. 221 p.

PROJETO do Banco Mundial de Apoio ao Programa Bolsa Família (IPP85). 10 maio 2004. Disponível em: <htpp://www-wds.worldbank.org/.../WDSP/IB/2004/05/14/000012009 20040514153218/Original/IPP850rev.doc>. Acesso em: 11 dez. 2006.

RICARDO, B. Fome Zero e os povos indígenas: quem tem fome de quê? *Especial Mês do Índio,* abr. 2003. Disponível em: <http:// www.socioambiental.org/esp/mesdoindio/fome.shtm>. Acesso em: 20 nov. 2006.

SCHRÖDER, P. *Economia indígena:* situação atual e problemas relacionados a projetos indígenas de comercialização na Amazônia Legal. Recife: UFPE, 2003. 177 p.

SHIPIBO. *Historia, avances y perspectivas hacia el futuro del pueblo indígena Shipibo Konibo.* Iquitos, Peru: [s.n.], mar. 2002. Disponível em: <http://www.gfbv.it/3dossier/ind-voelker/konibo-es.html>. Acesso em: 10 dez. 2006.

SILVA, A. L. Dois séculos e meio de história Xavánte. In: CUNHA, M. C. (Org.). *História dos índios no Brasil.* São Paulo: Cia. das Letras, 1992. p. 357-378.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias,* Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, L. G.; CAMARGO, P. S.; SANTOS, R. V. Análise do componente demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI, DSEI Xavante de Mato Grosso, 1999-2004. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. *Métodos, fontes de informações e novas análises sobre os indígenas urbanos.* Sessão temática 8.3. [S.l.]: ABEP, 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_ 820.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2006.

XAVANTE e Irantxe têm oficina para implantar projetos. *Rota Brasil Oeste*, 20 maio 2003. Disponível em: <http://www.brasiloeste.com.br/noticia/628/>. Acesso em: 12 dez. 2006.

Siglas

ABA

Associação Brasileira de Antropologia

AIDPI

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

AIS

Agentes Indígenas de Saúde

Anvisa

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Atan

Área Técnica de Alimentação e Nutrição

BPN

Baixo Peso ao Nascer

Cenepi

Centro Nacional de Epidemiologia

Cenargen

Centro Nacional de Pesquisa de Recursos Genéticos e Biotecnologia

CGPAN

Coordenação Geral das Políticas de Alimentação e Nutrição

Cisi

Comissão Intersetorial da Saúde Indígena

CMAD

Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

CNA

Comissão Nacional de Alimentação

CNS

Conferência Nacional de Saúde

Cobal

Companhia Brasileira de Alimentos

Coiab

Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira

Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

Conasems

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Consea

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CPI

Comissão Parlamentar de Inquérito

CPOD

Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Restaurados

CS

Comunidade Solidária

DAB

Departamento de Atenção Básica

Datasus

Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DCV

Doença Cardiovascular

DEP

Desnutrição Energético-Protéica

DP

Desvio-Padrão

DSEI

Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Ebia

Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

EG

Estratégia Global

E/I

Estatura para Idade

Embrapa

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

EMSI

Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

Endef

Estudo Nacional de Despesas Familiares

EVS

Equipes Volantes de Saúde

FAE

Fundação de Assistência ao Educando

FAO

Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação

FBC

Fundação Brasil Central

FNDE

Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

FNS

Fundação Nacional de Saúde

FOIRN

Federação das Organizações Indígenas Rio Negro

Funai

Fundação Nacional do Índio

Funasa

Fundação Nacional da Saúde

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICCN

Incentivo ao Combate a Carências Nutricionais

IMC

Índice de Massa Corporal

Inan

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

INN

Instituto Nacional de Nutrição

Ipea

Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas

ISA

Instituto Socioambiental

LBA

Legião Brasileira de Assistência

Losan

Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MDS

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEC

Ministério da Educação e Cultura

MS

Ministério da Saúde

MESA

Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Nutricional

MMA

Ministério do Meio Ambiente

MTb

Ministério do Trabalho

NCHS

National Center of Health Statistics

Noas

Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB

Norma Operacional Básica

OMS

Organização Mundial da Saúde

ONG

Organização Não-Governamental

ONU

Organização das Nações Unidas

Opas

Organização Pan-Americana da Saúde

OTI

Oficina de Trabalho Interagencial

P/E

Peso/Estatura

P/I

Peso/Idade

PAB

Piso de Atenção Básica

Pacs

Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAT

Programa de Alimentação do Trabalhador

PBA

Programa Bolsa Alimentação

PBF

Programa Bolsa Família

PCCN

Programa de Combate às Carências Nutricionais

PDPI

Projetos Demonstrativos dos Povos Indígenas

PLS

Programa Leite é Saúde

Pnae

Programa Nacional de Alimentação Escolar

Pnan

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS

Pesquisa Nacional sobre Demografia em Saúde

PNSAN

Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNSN

Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

POF

Pesquisa de Orçamento Familiar

PPACI

Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas

PPV

Pesquisa sobre Padrão de Vida

Pronan

Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSF

Programa de Saúde da Família

RCIU

Retardo de Crescimento Intra-Uterino

Ripsa

Rede Interagencial de Informações e Saúde

SAN

Segurança Alimentar e Nutricional

Saps

Serviço de Alimentação da Previdência Social

SAS

Secretaria de Atenção à Saúde

SES

Secretaria Estadual de Saúde

Siab

Sistema de Informação da Atenção Básica

Siasi

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIM

Sistema de Informação de Mortalidade

Sinan

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinasc

Sistema de Informação de Nascidos Vivos

Sisan

Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Sisvan

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS

Secretaria Municipal de Saúde

SPI

Serviço de Proteção aos Índios

SPS

Secretaria de Políticas de Saúde

SUS

Sistema Único de Saúde

Susa

Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

Unicef

Fundo das Nações Unidas para a Infância

Usda

United States Department of Agriculture

VAN

Vigilância Alimentar e Nutricional

WHO

World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)